

SCHLUSSBEURTEILUNG

Können Sie das Palliativzentrum
Hildegard weiterempfehlen?

ja

nein

VORSCHLÄGE/KRITIK/WÜNSCHE

Ich wünsche, dass jemand Kontakt mit mir aufnimmt.

Meine Telefonnummer

Datum/Unterschrift (erwünscht, aber nicht Bedingung)

PALLIATIVZENTRUM HILDEGARD

IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG:
DANKE FÜR IHRE MITHILFE.

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit, Ihre Einschätzung hilft uns,
allfällige betriebliche Verbesserungen vorzunehmen.

Gerne nehmen unsere Mitarbeitenden den ausgefüllten Fragebogen
entgegen. Sie können uns diesen aber auch mit dem beiliegenden Kuvert
zurücksenden.

Ihre Angaben werden absolut vertraulich behandelt.

ERSTER EINDRUCK

freundlich unkompliziert unfreundlich umständlich

Wie erlebten Sie die Aufnahme am Empfang?*

Wie erlebten Sie die Aufnahme auf der Station?*

* mehrere Antworten möglich

ÄRZTLICHE BETREUUNG

sehr zufrieden zufrieden nicht zufrieden

Waren Sie mit der ärztlichen Betreuung zufrieden?

sehr gut gut ungenügend überhaupt nicht

Wie wurden Sie über Ihre Krankheit und die Behandlungsmassnahmen aufgeklärt?

PFLEGERISCHE BETREUUNG

sehr gut gut genügend ungenügend

Wie beurteilen Sie die fachlichen Fähigkeiten des Personals?

immer meistens nie

Hatte das Pflegepersonal genügend Zeit für Sie?

gut aufgehoben akzeptiert vernachlässigt

Wie fühlten Sie sich als Patient und Mensch aufgehoben/verstanden?

ANDERE DIENSTE

sehr gut gut genügend ungenügend

Wie beurteilen Sie die Qualität der Physiotherapie?

Wie gut war die Hilfestellung in persönlichen Belangen?

Wie beurteilen Sie die seelsorgerliche Betreuung?

UNTERKUNFT

sehr gut gut genügend ungenügend

Wie waren Sie mit der Einrichtung und dem Komfort des Zimmers zufrieden?

Wie beurteilen Sie die Sauberkeit Ihres Zimmers?

VERPFLEGUNG

sehr gut gut genügend ungenügend

Wie war die Qualität der Verpflegung?

Wie war die Präsentation der Verpflegung?

FÜR ANGEHÖRIGE

sehr gut gut genügend ungenügend

Wie wurden Sie durch das Klinik-Team begleitet?

Wie empfanden Sie die Unterstützung?
