

# FRAGEBOGEN FÜR PATIENT\*INNEN



UKF Reha GmbH

**Klinik für Onkologische Rehabilitation**  
in der Klinik für Tumorbilogie

## Klinik für Onkologische Rehabilitation und Nachsorge

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

nachdem Sie nun schon einige Zeit in unserer Klinik sind und Erfahrungen gesammelt haben, möchten wir Sie bitten, Ihren Aufenthalt in unserem Haus mit diesem Fragebogen zu bewerten. Durch Ihre Rückmeldungen können Sie uns helfen, unsere Leistungen stetig zu verbessern. Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende an. Falls Sie eine Maßnahme oder ein Angebot nicht genutzt haben, bitte die Kategorie „nicht beurteilbar“ ankreuzen.

Dr. med. Timm Dauelsberg  
Ärztlicher Direktor

Name \_\_\_\_\_ Station \_\_\_\_\_  
(Angabe des Namens ist freiwillig)

Klinik-Aufenthalt vom: \_\_\_\_\_ (Tag) \_\_\_\_\_ (Mon.) \_\_\_\_\_ (Jahr) bis: \_\_\_\_\_ (Tag) \_\_\_\_\_ (Mon.) \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Wie sind Sie auf unsere Klinik aufmerksam geworden?

(Mehrfachnennungen möglich)

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Facharzt/-ärztin             | <input type="checkbox"/> Hausarzt/-ärztin | <input type="checkbox"/> Sozialdienst anderer Klinik |
| <input type="checkbox"/> Radio, TV, Zeitung, Internet | <input type="checkbox"/> Homepage der KTB | <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe           |
| <input type="checkbox"/> andere Patient*innen         | <input type="checkbox"/> Angehörige       | <input type="checkbox"/> Rentenversicherung          |

### Kostenträger

- Rentenversicherung     Krankenkasse gesetzlich     Krankenkasse privat     Selbstzahler\*in

### Art der Maßnahme

- Anschlussheilbehandlung (AHB)     Allgemeines Heilverfahren (AHV)     ambulante Rehamaßnahme

Ist dies Ihr erster Aufenthalt bei uns?     ja     nein

Alter \_\_\_\_\_ Geschlecht     weiblich     männlich

Wahlleistung Chefarzt     ja     nein

### Wie beurteilen Sie:

(zutreffendes bitte ankreuzen)

	sehr gut	gut	zufrieden- stellend	aus- reichend	mangelhaft + schlechter	nicht beurteilbar
<b>Kontakt vor der Aufnahme</b>						
Telefonischer Erstkontakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Telefonische Erreichbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Terminabsprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Rezeption</b>						
Wartezeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Persönliche Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>Ärztliche Betreuung</b>						
Aufnahmegespräch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ablauf Visiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Aufklärung/Information/Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Einbeziehung in die Planung zur Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Betreuung durch Stationsarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Betreuung durch Oberarzt/-ärztin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Betreuung durch Chefarzt (bei Wahlleistung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

**Bitte wenden**

sehr gut      gut      zufrieden-  
stellend      aus-  
reichend      mangelhaft  
+ schlechter      nicht  
beurteilbar

**Pflegerische Betreuung**

Begrüßung/Erstkontakt	<input type="checkbox"/>					
Information/Beratung	<input type="checkbox"/>					
Erreichbarkeit	<input type="checkbox"/>					
Betreuung durch Pflege insgesamt	<input type="checkbox"/>					

**Beratung und Behandlung durch Therapieabteilungen**

Psychologie	<input type="checkbox"/>					
Künstlerische Therapie	<input type="checkbox"/>					
Entspannungstherapie/Yoga	<input type="checkbox"/>					
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>					
Sozialberatung	<input type="checkbox"/>					
Physiotherapie/Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>					
Sporttherapie	<input type="checkbox"/>					
Massage/Bädertherapie/Lymphtherapie	<input type="checkbox"/>					
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>					
Schmerztherapie	<input type="checkbox"/>					
Seelsorge	<input type="checkbox"/>					

**Organisation**

Therapiedichte	<input type="checkbox"/>					
Verteilung der Therapien über die Woche	<input type="checkbox"/>					
Abstimmung und Organisation der Therapien	<input type="checkbox"/>					
Stationsorganisation	<input type="checkbox"/>					
Diagnostische Leistungen intern	<input type="checkbox"/>					
Diagnostische Leistungen extern	<input type="checkbox"/>					
Vorbereitung auf Entlassung	<input type="checkbox"/>					
Patient*innenbeförderung	<input type="checkbox"/>					

**Serviceleistungen**

Service an der Pforte	<input type="checkbox"/>					
Beschilderung und Orientierung in der Klinik	<input type="checkbox"/>					
Ausstattung der Klinik	<input type="checkbox"/>					
Sauberkeit	<input type="checkbox"/>					
Service im Speisesaal	<input type="checkbox"/>					
Freizeitangebot	<input type="checkbox"/>					
Verpflegung Qualität	<input type="checkbox"/>					
Verpflegung Vielseitigkeit	<input type="checkbox"/>					
Verpflegung Geschmack	<input type="checkbox"/>					
Zusatzleistungen (Tel., TV, Internet, Parkplatz)	<input type="checkbox"/>					
Cafeteria Angebot	<input type="checkbox"/>					
Cafeteria Öffnungszeiten	<input type="checkbox"/>					
Klinikshop klein&fein Sortiment	<input type="checkbox"/>					
Klinikshop klein&fein Kundenservice	<input type="checkbox"/>					

**Gesamteindruck von der Klinik**

**Wie beurteilen Sie insgesamt Ihren Aufenthalt**

- sehr zufrieden     zufrieden     weder/noch     unzufrieden     sehr unzufrieden

**Inwieweit haben sich Ihre Erwartungen in unserer Klinik erfüllt**

- voll und ganz     überwiegend     teilweise     wenig     gar nicht

**Würden Sie unsere Klinik weiter empfehlen**

- ja     eher ja     eher nein     nein

**Persönliche Bemerkungen und Anregungen zur Verbesserung**