

Klinik für Herzchirurgie

"Ihre Meinung ist uns wichtig"


 MITTELDEUTSCHES
 HERZZENTRUM
 Universitätsmedizin Halle (Saale)

 UKH
 Universitätsklinikum
 Halle (Saale)

 Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.

 Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optionalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise.

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
 die bestmögliche Versorgung unserer gemeinsamen Patienten ist unser oberstes Ziel. Daher ist uns auch Ihre Meinung zur Zusammenarbeit mit uns sehr wichtig. Wir bitten Sie höflichst, die für Sie relevanten Punkte auszufüllen und den Bogen mit beiliegendem, frankierten Briefumschlag an uns zurückzuschicken. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

1. Wer wählt unsere Klinik für die Behandlung Ihrer Patienten aus?

- Sie selbst
 Ihr Patient/(ggf.Betreuer)
 Gemeinsam
 Kooperationsvereinbarung

2. Welche Kriterien waren für die Auswahl unserer Klinik ausschlaggebend?

- Persönliche Präferenz
 Fachkompetenz der Klinik
 Leistungsspektrum der Klinik
 Nähe zu Wissenschaft und Forschung
 Qualifizierte Pflege
 Geregelter Anschlussversorgung
 Standort der Klinik
 Sonstiges

überwiegend gut
 weniger gut
 schlecht
 gut

3. Wie bewerten Sie die Krankenhausaufnahme Ihrer Patienten?

- | | | | | |
|--|--|--|--------------------------|--------------------------|
| Erreichbarkeit der Ansprechpartner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft unserer Ansprechpartner | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wartefrist/Terminvergabe unserer Klinik | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An wen wenden Sie sich primär? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Belegungsmanagement | <input type="checkbox"/> Chefsekretariat | <input type="checkbox"/> Oberarzt-Dienst | | |
| <input type="checkbox"/> Stationsarzt | | | | |

4. Wie bewerten Sie den Krankenhausaufenthalt Ihrer Patienten?

- | | | | | |
|--|--|--|--------------------------|--------------------------|
| Informationserhalt nach Behandlung/Operation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Behandlungsergebnis/Versorgungsqualität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kontaktaufnahme bei besonderen Problemstellungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An wen wenden Sie sich mit Fragen? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Belegungsmanagement | <input type="checkbox"/> Chefsekretariat | <input type="checkbox"/> Oberarzt-Dienst | | |
| <input type="checkbox"/> Stationsarzt | | | | |

5. Wie bewerten Sie Entlassung und Nachsorge Ihrer Patienten?

- | | | | | |
|---|--|--|--------------------------|--------------------------|
| Zeitraum zwischen Entlassung und Erhalt des Entlassungsberichts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Qualität des Entlassungsberichts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Regelung der Anschlussversorgung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| An wen wenden Sie sich bei Problemen? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Belegungsmanagement | <input type="checkbox"/> Chefsekretariat | <input type="checkbox"/> Oberarzt-Dienst | | |
| <input type="checkbox"/> Stationsarzt | | | | |

6. Was sollten wir verändern?

