

## Zufriedenheitsbefragung



Sehr geehrte Patientin,  
sehr geehrter Patient,

wir möchten unsere Patienten\*innen optimal versorgen, deswegen ist uns Ihre Meinung wichtig! Mit Ihren Antworten, Ihrem Lob und Ihrer Kritik helfen Sie uns, unsere Leistungen weiter zu verbessern. Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an, die Ihre persönliche Einschätzung und Erfahrung am besten beschreibt. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit für die beiden Seiten dieses Fragebogens.

Am liebsten wäre es uns, wenn Sie den Fragebogen digital ausfüllen würden. Nutzen Sie dafür einfach den QR-Code in der rechten oberen Ecke bzw. am Ende des Bogens.

### 1. Vor dem stationären Aufenthalt

Wie beurteilen Sie (von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend) ...

... die Wartezeit auf einen Termin in der Sprechstunde?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... die Wartezeit während der Sprechstunde?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... die Information zu Ihrer Erkrankung und den geplanten Behandlungen?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... die Freundlichkeit des Personals?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

### 2. Während des stationären Aufenthalts

Wie beurteilen Sie (von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend) ...

... die stationäre Aufnahme?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... die Betreuung durch die Ärzte\*Ärztinnen auf Station?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... die Betreuung durch das Pflegepersonal auf Station?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... die Linderung Ihrer Schmerzen?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... Die Berücksichtigung Ihrer Wünsche und Erwartungen?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... die Vorbereitung zu Ihrer Entlassung?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

### 3. Diagnostik und Therapie

Wie beurteilen Sie (von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend) ...

... die Aufklärung vor Eingriffen und Therapien?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... die Aufklärung über Behandlungsalternativen?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... die Aufklärung über Befundergebnisse?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... das Eingehen auf Ihre Fragen und Ängste?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... den Austausch zwischen Ihrem/Ihrer einweisenden Arzt/Ärztin und den Ärzten/Ärztinnen des Zentrums?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... das Angebot der psychoonkologischen Beratung?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... die Physiotherapie?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... die Beratung durch den Sozialdienst?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... die Kontaktvermittlung zur Selbsthilfegruppe?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... den Informationsgehalt der bereitgestellten Flyer / Broschüren?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

... die Röntgenabteilung?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|

#### 4. Spezielle Diagnostik und Therapie (nur ankreuzen, wenn durchgeführt)

Wie beurteilen Sie (von 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend) ...

... die Endoskopie (Darmspiegelung / Lungenspiegelung)?

... Ernährungsberatung?

... die Chemotherapie?

... die Strahlentherapie?

... die Beratung zur Stomaversorgung?

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

#### 5. Weitere Fragen und Anmerkungen

Würden Sie Bekannten mit einem ähnlichen gesundheitlichen Problem  
unser Darmkrebszentrum weiterempfehlen?

☐ Ja

☐ Nein

Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

---



---



---



---



---

Was sollten wir besser machen? Welche Anregungen haben Sie für uns?

---



---



---



---



---

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Bogen in den hierfür vorgesehenen Briefkasten ein, diesen finden Sie gegenüber der Stationszentrale an der Wand.

Bei Fragen oder Hinweisen wenden Sie sich gerne an unser **Stationsteam** oder an unser Beschwerdemanagement.

**Michael Schmohl**

**Tel.: 02202-122 1581**

**Anika Michalk**

**Tel.: 02202-122 1582**

**Email:**

[qm@evk.de](mailto:qm@evk.de)



Scannen Sie gerne  
den QR- Code und  
füllen Sie die Themen  
bequem online aus

**Herzlichen Dank für Ihre Rückmeldung!**