



## Ihre Meinung ist uns wichtig!

Wir möchten Ihnen die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung zukommen lassen und uns kontinuierlich verbessern. Daher: Lassen Sie uns bitte an Ihren Erfahrungen in unserem Haus teilhaben und teilen Sie uns Ihre Gründe zu Lob oder Beschwerde mit. Wenn Sie wollen, dann überlassen Sie uns gerne Ihre Daten und wir nehmen mit Ihnen Kontakt auf.

Ich teile meine Erfahrung als  Patientin/Patient  Angehörige/Angehöriger

In welcher Klinik, Station oder Ambulanz wurden Sie behandelt? \_\_\_\_\_

Datum Ihrer stationären Aufnahme oder Ihrer Behandlung: \_\_\_\_\_

### Bitte beurteilen Sie?

*Bitte bewerten Sie uns mit Schulnoten 1 = sehr gut bis 6 = mangelhaft*

#### Medizinische Behandlung

Ärztliche Behandlung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Pflegerische Betreuung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

#### Kommunikation

Informationen zur Behandlung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Freundlichkeit unserer Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

#### Organisation

Telefonische Erreichbarkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Aufnahmeprozess	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Wartezeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

#### Service

Einhaltung der vereinbarten Wahlleistung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Verpflegung während Ihres Aufenthaltes	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Ausstattung der Patientenzimmer	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Serviceleistungen des Hauses	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
Sauberkeit im Haus	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

**Werden Sie unser Haus weiterempfehlen?**  ja  nein

Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

### Kontaktdaten für unsere Rückmeldung:

Name:

Vorname:

Telefon:

E-Mail:

### Herzlichen Dank für Ihre Meinung!

E-Mail: [meinemeinung@](mailto:meinemeinung@)

[mail.klinikum-darmstadt.de](mailto:mail.klinikum-darmstadt.de)

Telefon: 06151 / 107 - 4666

Telefax: 06151 / 107 - 4668