

**WIR. VOR ORT.**  
*Für unsere  
Mitmenschen!*



## Ihre Meinung ist uns wichtig

Liebe Patientin/ lieber Patient, Angehörige/r, Besucher/in,

um aus Ihren Erfahrungen, die Sie in unserem Haus gemacht haben, lernen zu können, bitten wir Sie, diesen Fragebogen ausgefüllt bei Ihrer Entlassung abzugeben oder in den Briefkasten im Fahrstuhlbereich im SG, EG sowie vor der Patientenaufnahme einzuwerfen.  
Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt und nur zu internen Auswertungszwecken verwendet. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ich bin: (bitte ankreuzen)  Patient/in  Angehörige/r  Besucher  .....

Station/Abteilung..... Patientin im Brustzentrum  ja/  nein \*Zimmer-Nr.:.....

\*hilfreich für eine schnelle Bearbeitung bei baulich/technischen Mängeln in einem bestimmten Zimmer

Wenn Sie möchten, geben Sie hier bitte Ihren Namen, Ihre Adresse und Ihre Telefonnummer an:

.....  
.....

Bitte beschreiben Sie Ihr Lob, Ihre Anregung oder den Grund für Ihre Beschwerde.

.....  
.....  
.....

Wünschen Sie eine telefonische/schriftliche Rückmeldung?  Ja  Nein

**Krankenhaus St. Marienstift Magdeburg GmbH**  
Gesprächs- und  
Beschwerdemanagement

Harsdorfer Straße 30  
39110 Magdeburg

**Telefon:** 0391/72 62-044

**Telefax:** 0391/72 62-063

**E-Mail:** schade@st-marienstift.de

**www.st-marienstift.de**

Wie wurden Sie in das St. Marienstift eingewiesen (bitte ankreuzen)?

- als Notfall       per Einweisung       auf eigenen Wunsch

**Wann:** Monat ..... **Ihr Alter:** ..... **Ihr Geschlecht:**  männlich  weiblich

**Krankenhausärzte**

- Frauenheilkunde  Geburtshilfe  Chirurgie  Urologie  Gastroenterologie  Schmerztherapie

**Belegärzte**

- Neurochirurgie  Orthopädie  Augenheilkunde  Urologie  HNO  Plastische Chirurgie  Sonstiges

| Fragen  | Zufriedenheit | Bemerkungen |
|---|---------------|-------------|
| <b>Beurteilung der zentralen Fachambulanz</b> | 😊 😊 😐 😞       | .....       |
| Empfang/Information durch Mitarbeiter         | 😊 😊 😐 😞       | .....       |
| Freundlichkeit des Personals                  | 😊 😊 😐 😞       | .....       |
| Wartezeiten                                   | 😊 😊 😐 😞       | .....       |
| Aufklärung und Hilfe bei Formalitäten         | 😊 😊 😐 😞       | .....       |
| Organisation in der Fachambulanz              | 😊 😊 😐 😞       | .....       |
| Aufklärung durch den Narkosearzt              | 😊 😊 😐 😞       | .....       |

| Beurteilung der Funktionsabteilungen |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>Röntgen:</b> Wartezeiten          | 😊 😊 😐 😞 <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu |
| Betreuung                            | 😊 😊 😐 😞  |
| <b>EKG:</b> Wartezeiten              | 😊 😊 😐 😞 <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu |
| Betreuung                            | 😊 😊 😐 😞  |

**Seelsorgerische Betreuung durch unsere Krankenhauseelsorgerin**  Ja  Nein

Wie empfanden Sie die seelsorg. Betreuung? 😊 😊 😐 😞

| Beurteilung der ärztlichen Betreuung       |         |
|--|---------|
| Fachliche Betreuung                        | 😊 😊 😐 😞 |
| Freundlichkeit der Ärzte                   | 😊 😊 😐 😞 |
| Verständlichkeit der ärztlichen Aufklärung | 😊 😊 😐 😞 |
| Vertrauensverhältnis zum Arzt              | 😊 😊 😐 😞 |
| Information über Diagnose/Therapie         | 😊 😊 😐 😞 |

| Beurteilung des Umfeldes            |         |
|-------------------------------------|---------|
| Beschilderung im Krankenhaus        | 😊 😊 😐 😞 |
| Sauberkeit im Krankenhaus           | 😊 😊 😐 😞 |
| Ausstattung der Patientenzimmer     | 😊 😊 😐 😞 |
| Sauberkeit der Patientenzimmer      | 😊 😊 😐 😞 |
| Zustand der sanitären Einrichtungen | 😊 😊 😐 😞 |
| Cafeteria (Gesamteindruck)          | 😊 😊 😐 😞 |

**Stellte sich das Personal bei Ihnen vor?**  Ja  Nein  teilweise

In welcher Abteilung stellt sich das Personal nicht vor? .....

Beste Zufriedenheit 😊 😊 😐 😞 schlechteste Zufriedenheit

| Fragen  | Zufriedenheit | Bemerkungen |
|---|---------------|-------------|
| <b>Beurteilung der Aufnahme in der Patienteninformation im Haupteingang</b> | 😊 😊 😐 😞       | .....       |
| Empfang/Information durch Mitarbeiter                                       | 😊 😊 😐 😞       | .....       |
| Freundlichkeit des Personals  | 😊 😊 😐 😞       | .....       |
| Wartezeiten   | 😊 😊 😐 😞       | .....       |
| Aufklärung und Hilfe bei Formalitäten                                       | 😊 😊 😐 😞       | .....       |
| Information über das Krankenhaus  | 😊 😊 😐 😞       | .....       |

| Beurteilung der mitbetreuenden Abteilungen |  |
|--|--|
| OP   | 😊 😊 😐 😞  |
| Aufwachraum                                | 😊 😊 😐 😞  |
| IMC/Wachstation                            | 😊 😊 😐 😞  |
| Betreuung durch Physiotherapie             | 😊 😊 😐 😞 <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu |

**Betreuung durch Sozialdienst erhalten (AHB, Reha, Kur u. ä.)**  Ja  Nein

Zufriedenheit mit dieser Betreuung 😊 😊 😐 😞

| Beurteilung der pflegerischen Betreuung |         |
|---|---------|
| Fachliche Betreuung                     | 😊 😊 😐 😞 |
| Freundlichkeit des Pflegepersonals      | 😊 😊 😐 😞 |
| Wahrung der Persönlichkeit              | 😊 😊 😐 😞 |
| Eingehen auf Wünsche, Fragen, Ängste    | 😊 😊 😐 😞 |
| Information über Stationsorganisation   | 😊 😊 😐 😞 |

| Beurteilung der Verpflegung |  |
|-----------------------------|--|
| Frühstück                   | 😊 😊 😐 😞  |
| Mittagessen                 | 😊 😊 😐 😞  |
| Abendbrot                   | 😊 😊 😐 😞  |
| Diätberatung                | 😊 😊 😐 😞 <input type="checkbox"/> Trifft nicht zu |
| Auswahl                     | 😊 😊 😐 😞  |
| Mahlzeitenmenge             | 😊 😊 😐 😞  |

**Welchen Gesamteindruck haben Sie von unserem Haus?** 😊 😊 😐 😞

Würden Sie uns weiter empfehlen?  Ja  Nein

Wie beurteilen Sie diesen Fragebogen? 😊 😊 😐 😞