

Patientenfragebogen

Ihr Erlebnis im SEK

Eutin



Ihre Rückmeldung, ob Lob oder Kritik, zu Ihrem Aufenthalt in unserem Haus ist uns wichtig und hilft uns, unsere Leistungen weiter zu verbessern. Es würde uns daher sehr freuen, wenn Sie sich einen kurzen Moment Zeit nehmen und nachfolgende Fragen beantworten.

Vielen Dank!



(sehr gut)



(gut)











(mäßig)















(schlecht)













Wie beurteilen Sie ...

die Freundlichkeit der Mitarbeiter	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
die Aufklärung durch die Mitarbeiter	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>

Wie empfanden Sie ...

die ärztliche Versorgung	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
die pflegerische Versorgung	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
die therapeutische Versorgung	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>













Wie zufrieden waren Sie mit der Verpflegung?

Frühstück	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
Mittagessen	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
Abendessen	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>

Bitte wenden!



Wie beurteilen Sie die organisatorischen Abläufe?

Aufnahme	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
Aufenthalt	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
Entlassung	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>

Wie zufrieden waren Sie mit der Sauberkeit?

	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	--

Ihre Daten*:

Name _____

Vorname _____

Anschrift _____

Datum _____ Station/Zimmer _____

Würden Sie uns weiterempfehlen?

☐ ja ☐ nein

*freiwillige Angabe

Lob und Kritik in Ihren Worten:
