

# 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!

**Wie beurteilen Sie ...** 😊 (sehr gut)    😄 (gut)    😐 (mäßig)    😞 (schlecht)

	😊 (sehr gut)	😄 (gut)	😐 (mäßig)	😞 (schlecht)
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 ...**

	😊 (sehr gut)	😄 (gut)	😐 (mäßig)	😞 (schlecht)
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?**

	😊 (sehr gut)	😄 (gut)	😐 (mäßig)	😞 (schlecht)
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"/>

**Wie beurteilen Sie die organisatorischen Abläufe?**

	😊 (sehr gut)	😄 (gut)	😐 (mäßig)	😞 (schlecht)
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?**

	😊 (sehr gut)	😄 (gut)	😐 (mäßig)	😞 (schlecht)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Würden Sie uns weiterempfehlen?**

ja     nein

**Auf der Rückseite haben Sie die Möglichkeit für eine ausführlichere Mitteilung an uns.**

**Ihre Daten\*:**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Station/Zimmer \_\_\_\_\_

