

# Patientenfragebogen für ambulante Patienten



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das Ende Ihrer Behandlung naht. Rückblickend gibt es sicher Dinge, die Ihnen gut gefallen haben. Möglicherweise gibt es aber auch Dinge, mit denen Sie weniger zufrieden waren. Wir möchten Sie bitten, uns mit Hilfe dieses Fragebogens Ihre persönliche Meinung mitzuteilen. Durch die Beantwortung des Fragebogens helfen Sie uns, unsere Arbeit zu überprüfen und eventuelle Verbesserungspotenziale aufzudecken.

Das Beantworten des Fragebogens ist freiwillig und wenn Sie es wünschen, können Sie anonym bleiben. Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und dienen der internen Auswertung.

Zu den Fragen finden Sie die Zahlen 1 2 3 4 5, die den Schulnoten

**1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft**

entsprechen. Kreuzen Sie bitte bei der Frage die entsprechende Zahl an, die für Sie zutrifft.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen an der Rezeption ab.

Mit den besten Wünschen für Ihre weitere Genesung möchten wir uns an dieser Stelle für Ihre Mitarbeit bedanken.

Ihr Team der Müritzklinik

# Patientenfragebogen für ambulante Patienten



## Allgemeine Angaben

Ihr Name: \_\_\_\_\_

Ihr Alter: \_\_\_\_\_

Ihr Geschlecht  weiblich  männlich

divers

Waren Sie schon einmal PatientIn in der Müritzklinik?  Ja  Nein

### 1. Therapieplanung

Wie zufrieden sind Sie mit der Planung Ihrer Therapien?

sehr gut  1  2  3  4  5 mangelhaft

### 2. Therapeutische Betreuung

Wie einfühlsam und verständnisvoll sind die Therapeuten?

sehr gut  1  2  3  4  5 mangelhaft

Wie beurteilen Sie die fachliche Betreuung und Beratung durch die Therapeuten?

sehr gut  1  2  3  4  5 mangelhaft

### 3. Abstimmung der Therapien

Wie beurteilen Sie die Abstimmung der Behandlungsziele mit Ihnen?

sehr gut  1  2  3  4  5 mangelhaft

Wie gut wurden Ihre Wünsche, falls möglich, dabei berücksichtigt?

sehr gut  1  2  3  4  5 mangelhaft

Wie gut wurden Sie unterrichtet, wie Sie mit Ihrer Erkrankung im Alltag umgehen können?

sehr gut  1  2  3  4  5 mangelhaft

### 4. Therapie-Bereiche

Bitte beurteilen Sie nur die Therapiebereiche bei denen Sie teilgenommen haben!

Krankengymnastik / Physiotherapie

sehr gut  1  2  3  4  5 mangelhaft

Physikalische Therapie (z. B. Massage, Fango etc.)

sehr gut  1  2  3  4  5 mangelhaft

Sporttherapie

sehr gut  1  2  3  4  5 mangelhaft

Ergotherapie

sehr gut  1  2  3  4  5 mangelhaft

Ernährungsberatung

sehr gut  1  2  3  4  5 mangelhaft

