

Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme



Sehr geehrte Eltern,
sehr geehrte Angehörige,

das Ende der Behandlung Ihres Kindes in unserer Klinik naht. Wir sind stets interessiert unsere Abläufe im Sinne unserer Patienten zu optimieren, daher bitten wir Sie, uns mit Hilfe dieses Fragebogens Ihre persönliche Meinung zu verschiedenen Bereichen unserer Klinik mitzuteilen. Durch die Beantwortung des Fragebogens helfen Sie uns, unsere Arbeit zu überprüfen und eventuelle Verbesserungspotenziale aufzudecken.

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

Bitte entscheiden Sie sich, wenn möglich für eine einzige Antwortvorgabe und kreuzen diese an.

Wenn Sie auf eine Frage keine Antwort wissen, die Frage aus Ihrer Sicht nicht relevant ist oder Sie die Frage nicht verstehen, dann kreuzen Sie bitte „kann ich nicht beantworten“ an. Das Feld steht immer ganz rechts.

Am Ende des Fragebogens finden Sie einige leere Zeilen. Diese können Sie nutzen um uns Anregungen und Verbesserungsvorschläge mitzuteilen.

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen spätestens am Tag vor Ihrer Abreise in den Briefkasten vor dem Speisesaal.

Mit den besten Wünschen für Sie und für die weitere Genesung Ihres Kindes bedanken wir uns an dieser Stelle sehr herzlich für Ihre Mitarbeit!

Ihr Team der Müritz Klinik

Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme



Allgemeine Angaben (Freiwillig)

Das Geschlecht Ihres Kindes: weiblich männlich

Alter Ihres Kindes: _____ Ihr Abreisedatum: _____

Waren Ihr Kind schon einmal PatientIn in der Müritz Klinik? Ja Nein

1. Zuerst möchten wir gerne wissen, wie es Ihrem Kind in der Müritz Klinik gefallen hat!

Bitte antworten Sie nach Ihrer Einschätzung oder fragen Sie – sofern möglich – Ihr Kind.

	sehr gut	eher gut	eher nicht gut	gar nicht gut	kann ich nicht beantworten
a. Wie hat Ihrem Kind insgesamt die Zeit bei uns gefallen?	<input type="checkbox"/>				
b. Wie haben Ihrem Kind die Spiel- und Freizeitmöglichkeiten gefallen?	<input type="checkbox"/>				

2. Wie haben Ihrem Kind die verschiedenen Therapien, Behandlungen und Schulungen gefallen?

Bitte antworten Sie nach Ihrer Einschätzung oder fragen Sie – sofern möglich – Ihr Kind.

	sehr gut	eher gut	eher nicht gut	gar nicht gut	Kind hat nicht teilgenommen	kann ich nicht beantworten
a. Sport und Bewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b. Krankengymnastik /Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c. Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
d. Entspannungsübungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
e. Gespräche und Behandlungen durch Ärzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
f. Gespräche mit Psychologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
g. Schulungen zur Erkrankung / den Erkrankungen Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
h. Die Therapien, Behandlungen und Schulungen insgesamt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme



3. Waren die Therapien, Behandlungen und Schulungen, die Ihr Kind erhalten hat, aus Ihrer Sicht nützlich und hilfreich?

	sehr gut	ehrer gut	ehrer nicht gut	gar nicht gut	Kind hat nicht teilgenommen	kann ich nicht beantworten
a. Die Therapien, Behandlungen und Schulungen insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
b. Schulungen zu der Erkrankung / den Erkrankungen Ihres Kindes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
c. Schulungen zu gesundem Leben / Gesundheitsförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

4. Wie hat Ihnen die ärztliche Betreuung Ihres Kindes gefallen?

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beantworten
a. Ich bin mit der Betreuung meines Kindes durch die Ärztin/den Arzt zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
b. Die Ärztin/der Arzt ist einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>				
c. Die Ärztin/der Arzt hat mir alles verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>				

5. Wie hat Ihnen die pflegerische Betreuung gefallen?

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beantworten
a. Das Pflegepersonal ist einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>				
b. Ich bin mit der Betreuung und Beratung durch das Pflegepersonal zufrieden.	<input type="checkbox"/>				

6. Wie hat Ihnen die Dialyse gefallen?

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beantworten
a. Ich bin mit dem Pflegepersonal der Dialyse zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
b. Ich bin mit der ärztlichen Betreuung zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
c. Ich bin mit der Ausstattung der Dialyse zufrieden.	<input type="checkbox"/>				

Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme



7. Wie hat Ihnen das Essensangebot bei uns gefallen?

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beantworten
a. Ich bin mit dem Frühstück zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
b. Ich bin mit dem Mittagessen zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
c. Ich bin mit dem Abendessen zufrieden.	<input type="checkbox"/>				

8. Wie hat Ihnen der Service gefallen?

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beantworten
a. Ich bin mit dem Service im Speisesaal zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
b. Ich bin mit dem Service in der Cafeteria zufrieden.	<input type="checkbox"/>				

9. Wie hat Ihnen unsere Ausstattung gefallen?

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beantworten
a. Ich bin mit der Größe und der Ausstattung des Zimmers zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
b. Ich bin mit der Sauberkeit in unserem Zimmer zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
c. Ich bin mit der Ausstattung der Müritz Klinik insgesamt zufrieden.	<input type="checkbox"/>				

Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme



10. In dieser Frage geht es um die Ziele und den Erfolg der Reha Ihres Kindes aus Ihrer Sicht.

Kreuzen Sie bitte an, inwiefern die folgenden Aussagen auf Sie und Ihr Kind zutreffen!

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beantworten
a. Die Reha-Ziele für mein Kind wurden mit mir besprochen, so dass ich sie gut verstehen konnte.	<input type="checkbox"/>				
b. Aus meiner Sicht waren die Reha-Ziele für mein Kind genau richtig.	<input type="checkbox"/>				
c. Mit mir wurde besprochen, durch welche Therapien und Behandlungen die Reha-Ziele für mein Kind am besten zu erreichen sind.	<input type="checkbox"/>				
d. Aus meiner Sicht wurden für mein Kind die richtigen Therapien und Behandlungen veranlasst, um seine Reha-Ziele zu erreichen.	<input type="checkbox"/>				
e. Aus meiner Sicht hat mein Kind die Reha-Ziele erreicht.	<input type="checkbox"/>				

11. Besucht Ihr Kind die Schule? ja nein, (noch nicht)

Wenn ja, beantworten Sie bitte Frage 12 und 13, sonst gehen Sie direkt zu Frage 14.

	sehr gut	eher gut	eher nicht gut	gar nicht gut	kann ich nicht beantworten
12. Wie gut konnte Ihr Kind durch die Schulaufgabenbetreuung den Anschluss an den Lernstoff seiner Schule zu Hause halten?	<input type="checkbox"/>				

Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme



13. Wie nützlich und hilfreich waren aus Ihrer Sicht die Schulungsangebote für Sie und die Gespräche mit dem Reha-Team? (z.B. Umgang mit Immunsuppression, Ernährungshinweise ...) Kreuzen Sie bitte an, inwiefern die folgenden Aussagen aus Ihrer Sicht zutreffen!

	trifft voll zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft gar nicht zu	kann ich nicht beantworten
a. Die Schulungen und Anleitungen für Eltern / Angehörige waren nützlich und hilfreich.	<input type="checkbox"/>				
b. Die Gespräche der Ärzte mit meinem Kind und mir waren nützlich und hilfreich.	<input type="checkbox"/>				
c. Die Gespräche mit Psychologen waren nützlich und hilfreich.	<input type="checkbox"/>				
d. Die Gespräche von weiteren Personen aus dem Reha-Team mit meinem Kind und mir waren nützlich und hilfreich.	<input type="checkbox"/>				

14. Wie bewerten Sie den Kontakt zwischen Ihnen und der Müritz Klinik?

	ja	nein	weiß nicht / bin unentschieden	kann ich nicht beantworten
a. Haben Sie von uns alle wichtigen Informationen zur Vorbereitung auf den Reha-Aufenthalt erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Wurde Ihnen bei Rückfrage vor und während der Reha freundlich und kompetent Auskunft gegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. War das Reha-Team bei Ihrem Aufenthalt / Ihren Besuchen freundlich und hilfsbereit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Haben Sie für die Zeit nach der Reha Empfehlungen zur Nachsorge für Ihr Kind erhalten? (z.B. weiterführende Therapien, Sport oder Übungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Würden Sie unser Haus weiterempfehlen? ja nein

16. Würden Sie wieder in unser Haus kommen? ja nein

Fragebogen zur Zufriedenheit mit der Rehabilitationsmaßnahme



Im Folgenden haben Sie die Möglichkeit uns Ihre Anregungen und Verbesserungsvorschläge mitzuteilen:

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: _____

Ihre Zimmer-Nr.: _____