

## Fragebogen für Kinder unter 12 Jahre

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.

Wenn Sie auf eine Frage keine Antwort wissen, die Frage aus Ihrer Sicht nicht relevant ist oder Sie die Frage nicht verstehen, dann lassen Sie die Frage unbeantwortet.

Am Ende des Fragebogens haben Sie die Möglichkeit uns Anregungen und Verbesserungsvorschläge mitzuteilen.

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

Ihr Team der Müritz Klinik

## Allgemeine Angaben (freiwillig)

Name Ihres Kindes

---

Ihre Zimmernummer

---

Geschlecht Ihres Kindes

weiblich       männlich       divers

Ihr Abreisedatum:

---

War 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.

Wie hat Ihrem Kind insgesamt die Zeit bei uns gefallen?



Wie haben Ihrem Kind die Spiel- und Freizeitmöglichkeiten gefallen?



## 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.

**Sport und Bewegung**



**Krankengymnastik / Physiotherapie**



**Ergotherapie**



**Entspannungsübungen**



**Gespräche und Behandlungen durch Ärzte**



**Gespräche mit Psychologen**



**Schulungen zur Erkrankung / den Erkrankungen Ihres Kindes**



**Die Therapien, Behandlungen und Schulungen insgesamt?**



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

Die Therapien, Behandlungen und Schulungen insgesamt



Schulungen zu der Erkrankung / den Erkrankungen Ihres Kindes



Schulungen zu gesundem Leben / Gesundheitsförderung



### 4. Wie zufrieden waren Sie mit dem Fahrdienst?

Ich war mit dem Fahrdienst zufrieden.



### 5. Wie hat Ihnen die ärztliche Betreuung Ihres Kindes gefallen?

Ich bin mit der Betreuung meines Kindes durch die Ärztin / den Arzt zufrieden.



Ich bin mit der Betreuung meines Kindes durch die Ärztin / den Arzt zufrieden.



Die Ärztin / der Arzt hat mir alles verständlich erklärt.



### 6. Wie hat Ihnen die pflegerische Betreuung gefallen?

Das Pflegepersonal ist einfühlsam und verständnisvoll.



Ich bin mit der Betreuung und Beratung durch das Pflegepersonal zufrieden.



## 7. Wie hat Ihnen die Dialyse gefallen?

Ist Ihr Kind dialysepflichtig?

Ja       Nein

Wenn ja, wie zufrieden sind Sie mit dem Pflegepersonal der Dialyse?



Wenn ja, wie zufrieden sind Sie mit der ärztlichen Betreuung?



Wenn ja, wie zufrieden sind Sie mit der Ausstattung der Dialyse?



## 8. Wie hat Ihnen das Essenangebot bei uns gefallen?

Ich bin mit dem Frühstück zufrieden.



Ich bin mit dem Mittagessen zufrieden.



Ich bin mit dem Abendessen zufrieden.



Ich bin mit dem Service im Speisesaal zufrieden.



Ich bin mit dem Service in der Cafeteria zufrieden.



Ich bin mit dem Angebot der Konditorei zufrieden.



## 10. Wie hat Ihnen unsere Ausstattung gefallen?

Ich bin mit der Größe und der Ausstattung des Zimmers zufrieden.



Ich bin mit der Sauberkeit in unserem Zimmer zufrieden.



Ich bin mit der Ausstattung der Müritz Klinik insgesamt zufrieden.



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

Die Reha-Ziele für mein Kind wurden mit mir besprochen, so dass ich sie gut verstehen konnte.



Aus meiner Sicht waren die Reha-Ziele für mein Kind genau richtig.



Mit mir wurde besprochen, durch welche Therapien und Behandlungen die Reha-Ziele für mein Kind am besten zu erreichen sind.



Aus meiner Sicht wurden für mein Kind die richtigen Therapien und Behandlungen veranlasst, um die Reha-Ziele zu erreichen.



Aus meiner Sicht hat mein Kind die Reha-Ziele erreicht.



## 12. SchülerIn

Besucht Ihr Kind die Schule?

Ja       Nein

Wenn ja, wie gut konnte Ihr Kind durch die Schulaufgabenbetreuung den Anschluss an den Lernstoff seiner Schule zu Hause halten?



## 13. Wie nützlich und hilfreich waren die Schulungsangebote für Sie und die Gespräche mit dem Reha-Team (z.B. Umgang mit Immunsuppression, Ernährungsweise ...)

Kreuzen Sie bitte an, inwiefern die folgenden Aussagen aus Ihrer Sicht zutreffen!

Die Schulungen und Anleitungen für Eltern / Angehörige waren nützlich und hilfreich.



Die Gespräche der Ärzte mit meinem Kind und mir waren nützlich und hilfreich.



Die Gespräche mit Psychologen waren nützlich und hilfreich.



Die Gespräche mit Psychologen waren nützlich und hilfreich.



Die Gespräche von weiteren Personen aus dem Reha-Team mit meinem Kind und mir waren nützlich und hilfreich.



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

**Haben Sie von uns alle wichtigen Informationen zur Vorbereitung auf den Reha-Aufenthalt erhalten?**

- Ja       Nein       weiß nicht/bin unentschlossen

**Wurde Ihnen bei Rückfrage vor und während der Reha freundlich und kompetent Auskunft gegeben?**

- Ja       Nein       weiß nicht/bin unentschlossen

**War das Reha-Team bei Ihrem Aufenthalt / Ihren Besuchen freundlich und hilfsbereit?**

- Ja       Nein       weiß nicht/bin unentschlossen

**Haben Sie für die Zeit nach der Reha Empfehlungen zur Nachsorge für Ihr Kind erhalten? (z.B. weiterführende Therapien, Sport oder Übungen)**

- Ja       Nein       weiß nicht/bin unentschlossen

## 15. Klinikseelsorge

**Haben Sie oder Ihr Kind die Klinikseelsorge wahrgenommen?**

- Ja       Nein

**Haben Sie oder Ihr Kind ein persönliches Gespräch genutzt?**

- Ja       Nein

**Wenn ja, wie gefiel Ihnen oder Ihrem Kind das persönliche Gespräch?**



**Haben Sie oder Ihr Kind an "besinnlichen Gesprächsrunden" teilgenommen?**

- Ja       Nein

**Wenn ja, wie gefiel Ihnen oder Ihrem Kind die „besinnlichen Gesprächsrunden“?**





