

IHRE MEINUNG ZÄHLT!



Liebe Patientin, lieber Patient!

Das Bundeswehrkrankenhaus Berlin möchte, dass Sie sich bei uns gut aufgehoben fühlen. Um unsere Stärken und Schwächen zu erkennen und daraus zu lernen, sind wir auf Ihre Meinung angewiesen. Durch Ihre Mitarbeit wird ermöglicht, dass in Zukunft alle Patienten und Patientinnen und vielleicht auch Sie selbst von den eingereichten Verbesserungsvorschlägen und Anregungen profitieren. Wir möchten Sie herzlich bitten, diesen Befragungsbogen auszufüllen und in die dafür vorgesehenen Briefkästen einzuwerfen. Die Briefkästen finden Sie auf den Stationen und im Eingangsfoyer. Alternativ können Sie uns mit Hilfe des oben abgebildeten QR-Code online Ihre Meinung mitteilen.

Ihre Informationen und Anregungen werden vom Qualitätsmanagement-Team vertraulich ausgewertet. Bei nicht anonym Abgabe werden wir Sie auf Wunsch über den Bearbeitungsstand Ihrer Eingabe informieren. Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen.

Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Bemühungen!
Wir wünschen Ihnen alles Gute und eine baldige Genesung.

Ihr Qualitätsmanagement-Team

Allgemeine Angaben:

<input type="checkbox"/> Patientin / Patient	<input type="checkbox"/> Angehörige / Angehöriger	<input type="checkbox"/> Sonstiges <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers
<input type="checkbox"/> Zivilistin / Zivilist	<input type="checkbox"/> Soldatin / Soldat	
<input type="checkbox"/> Alter: <input type="text"/>		

Ihre behandelnde Klinik:

<input type="checkbox"/> Innere Medizin	<input type="checkbox"/> CD 4 Allgemein- und Viszeralchirurgie
<input type="checkbox"/> CD 3 Angiologie, Kardiologie, Pneumologie, Hämatologie / Onkologie	<input type="checkbox"/> CD 5 Neurologie
<input type="checkbox"/> I 3 Gastroenterologie, Endokrinologie	<input type="checkbox"/> CD 5 Neurochirurgie
<input type="checkbox"/> K 3 Infektiologie	
<input type="checkbox"/> Anästhesiologie, Intensivmedizin, Schmerztherapie und Notfallmedizin	<input type="checkbox"/> H 0 Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
<input type="checkbox"/> C 1 Tagesklinik	<input type="checkbox"/> H 3 Dermatologie und Venerologie
<input type="checkbox"/> D 1 Intermediate Care (IMC)	<input type="checkbox"/> K 2 Urologie
<input type="checkbox"/> K 1 Intensivstation (ITS)	<input type="checkbox"/> Psychiatrie, Psychotherapie und Psychotraumatologie
<input type="checkbox"/> Unfallchirurgie / Orthopädie, Septisch-Rekonstruktive Chirurgie	<input type="checkbox"/> M 0 Psychiatrie
<input type="checkbox"/> CD 2 Unfallchirurgie / Orthopädie	<input type="checkbox"/> M 1 Tagesklinik Psychiatrie
<input type="checkbox"/> H 2 Septisch-Rekonstruktive Chirurgie	



IHRE MEINUNG ZÄHLT!

Die Aussage trifft...



voll zu



eher zu



weniger
zu



nicht zu



nicht
beurteilbar

Ich habe zeitnah Kontakt zum ärztlichen Personal erhalten.	<input type="checkbox"/>				
Mit der Freundlichkeit des ärztlichen Personals war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
Ich wurde durch das ärztliche Personal verständlich über meine Behandlung informiert.	<input type="checkbox"/>				
Über meine Medikation wurde ich aufgeklärt.	<input type="checkbox"/>				
Das Personal hat sich bevor Sie berührt wurden die Hände desinfiziert.	<input type="checkbox"/>				
Ich wurde vor jeder Behandlung und Untersuchung nach meinem Namen gefragt.	<input type="checkbox"/>				
Ich habe die für mich notwendigen Hilfestellungen durch das Pflegepersonal erhalten.	<input type="checkbox"/>				
Mit der Freundlichkeit des Pflegepersonals war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
Das Krankenhauspersonal hat sich beim Erstkontakt bei mir vorgestellt.	<input type="checkbox"/>				
Mit der Sauberkeit auf Station war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
Mit meiner Unterbringung war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
Mein Gesundheitszustand / meine Schmerzen wurden beachtet.	<input type="checkbox"/>				
Ich wurde über die Gründe von Wartezeiten informiert.	<input type="checkbox"/>				
Mit der Verpflegung war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>				

Würden Sie das Bundeswehrkrankenhaus Berlin weiterempfehlen?

 ja

 nein

Wenn nein, warum nicht?

Ihre Wünsche und Anregungen an uns (freie Beschreibung):

Ihr Ansprechpartner im Bundeswehrkrankenhaus Berlin

Qualitätsmanagement
Telefon 030 2841-29120 oder -29122
FspNBw 90-8202-29120 oder -29122
BwKrhsBerlinQM@bundeswehr.org

