

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

Teil 1 Die Einrichtung

<i>Bewerten Sie die Themen bitte nach folgenden Stufen</i>	<i>ausgezeichnet</i>	<i>gut</i>	<i>teils/teils</i>	<i>schlecht</i>	<i>nicht zutreffend</i>
--	----------------------	------------	--------------------	-----------------	-------------------------

1.1 Ausstattung und Atmosphäre

1.1.1 Ausstattung des Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.1.2 Sanitäre Anlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1.3 Gemeinschaftsräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1.4 Technische Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1.5 Außenanlagen der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1.6 Sauberkeit in der Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1.7 Angemessenheit der Hausordnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.1.8 Atmosphäre in der Einrichtung insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

1.2 Essen

1.2.1 Menge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2.2 Abwechslung und Vielseitigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2.3 Geschmack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2.4 Verfügbarkeit von Sonderkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2.5 Organisation der Essensausgabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

Teil 2 Die Behandlung

Bewerten Sie die Aussagen bitte nach folgenden Stufen	<i>ausgezeichnet</i>	<i>gut</i>	<i>teils/teils</i>	<i>schlecht</i>	<i>nicht zutreffend</i>
--	----------------------	------------	--------------------	-----------------	-------------------------

2.1 Medizinischer Bereich in der Einrichtung

2.1.1 Die Ärztin / der Arzt in der Einrichtung war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.1.2 Die Ärztin / der Arzt in der Einrichtung haben mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.1.3 Das Krankenpflegepersonal hat mich gut und verständlich informiert und angeleitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.1.4 Mit der medizinischen Behandlung war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.2 Medizinische Versorgung außerhalb der Einrichtung

2.2.1 Ich fühlte mich bei externen Ärzten angemessen behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.2.2 Ich war mit folgender externen Ärztin / folgendem externen Arzt NICHT zufrieden:

2.2.3 Ich war mit folgender externen Ärztin / folgendem externen Arzt BESONDERS zufrieden:

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

<i>Bewerten Sie die Aussagen bitte nach folgenden Stufen</i>	<i>ausgezeichnet</i>	<i>gut</i>	<i>teils/teils</i>	<i>schlecht</i>	<i>nicht zutreffend</i>
--	----------------------	------------	--------------------	-----------------	-------------------------

2.3 Psychotherapie

2.3.1 Die psychotherapeutischen Gespräche haben mir geholfen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.3.2 Ich hatte in der Psychotherapie die Gelegenheit, die für mich relevanten Problembereiche zu bearbeiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.3.3 Mit den gruppentherapeutischen Sitzungen war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.3.4 Mit den einzeltherapeutischen Sitzungen war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.3.5 Wenn ich in einer Krisensituation eine Therapeutin / einen Therapeuten brauchte, war sie / er für mich erreichbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.3.6 Ich fühlte mich durch meine Bezugstherapeutin / meinen Bezugstherapeuten respektiert und verstanden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.4 Arbeitsbezogene Maßnahmen

2.4.1 Die arbeitsbezogenen Maßnahmen (Arbeitstherapie, Ergotherapie, Belastungserprobung, Praktikum, etc.) waren für meine Situation hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.4.2 Das lebenspraktische Training (z.B. Gemeinschaftsdienste in Küche und Hauswirtschaft) war ein sinnvoller Teil der Therapie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Die folgenden Angebote waren ein sinnvoller Teil der Therapie:

2.4.3 Themengruppe „Bewerbungstraining“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.4.4 Themengruppe „Computer-Training“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

<i>Bewerten Sie die Angebote bitte nach folgenden Stufen</i>	<i>ausgezeichnet</i>	<i>gut</i>	<i>teils/teils</i>	<i>schlecht</i>	<i>nicht zutreffend</i>
--	----------------------	------------	--------------------	-----------------	-------------------------

2.5 Weitere therapeutische Angebote

2.5.1 Sport (Leistungsgruppe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.2 Sport (Wirbelsäulengymnastik und/oder Wassergymnastik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.3 Themengruppe „Entspannungstraining“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.4 Gesundheitsschulung (z.B. Unterricht, Arzt-Visite)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.5 Themengruppe „Ernährungs- und Haushaltstraining“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.6 Angehörigenarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.7 Themengruppe „Kreativtherapie“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.8 Themengruppe „Deutschsprachkurs“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.9 Freizeitangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.10 Sozialberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.11 Themengruppe „Mentaltraining“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.12 Themengruppe „Raucherentwöhnung“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.13 Themengruppe „Freizeitgestaltung“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.14 Physiotherapie (z.B. Massageliege, Bäder, Mikrowellenbestrahlung, Inhalationen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.15 Themengruppe „Stabilisierungsgruppe“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5.16 Themengruppe „Selbstsicherheitstraining“	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

Bewerten Sie die Aussagen bitte nach folgenden Stufen

ausgezeichnet

gut

teils/teils

schlecht

2.6 Allgemeiner Therapieverlauf

2.6.1 Der organisatorische Ablauf des Aufnahmetages war in Ordnung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.6.2 Ich fühlte mich von Anfang an gut aufgenommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.6.3 Die Rehaziele und die Therapieplanung wurden ausreichend mit mir abgestimmt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.6.4 Meine persönlichen Bedürfnisse wurden während des Aufenthaltes in der Einrichtung ausreichend berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.6.5 Mit der Vielseitigkeit der therapeutischen Angebote war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.6.6 Den Umgang mit Rückfällen fand ich angemessen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.6.7 Die Organisation in der Einrichtung (Therapieablauf, Informationen etc.) war gut geregelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.6.8 Ich wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Verwaltung freundlich behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.6.9 Meine Anliegen wurden in der Verwaltung zuverlässig bearbeitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.6.10 Meine Entlassung war organisatorisch gut vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

<i>Bewerten Sie die Angebote bitte nach folgenden Stufen</i>	<i>ausgezeichnet</i>	<i>gut</i>	<i>teils/teils</i>	<i>schlecht</i>	<i>nicht zutreffend</i>
--	----------------------	------------	--------------------	-----------------	-------------------------

2.7 Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie

2.7.1 Ich bin über geeignete Nachsorge- und Hilfsangebote nach der Therapie informiert worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.7.2 Ich habe die Arbeit von Selbsthilfegruppen kennengelernt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.7.3 Der Kontakt zu nachfolgenden Behandlern wurde hergestellt (Beratungsstelle, Psychotherapeut, Arzt etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.7.4 Ich wurde auf den Übergang in den Alltag insgesamt gut vorbereitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2.7.5 Die ganztägig ambulante Entlassungsphase fand ich hilfreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

Teil 3 Behandlungsergebnisse

Bewerten Sie die Aussagen bitte nach folgenden Stufen	<i>ausgezeichnet</i>	<i>gut</i>	<i>teils/teils</i>	<i>schlecht</i>	<i>nicht zutreffend</i>
3.1 Mein körperliches Befinden hat sich durch die Therapie verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Mein psychisches Befinden hat sich durch die Therapie verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Meine soziale Situation (Arbeit, Wohnung, Finanzen) hat sich durch die Therapie verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Meine Beziehung zu wichtigen Personen (Eltern, Partner, Kinder, Freunde) im privaten Bereich hat sich verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Meine Beziehung zu wichtigen Personen im beruflichen Bereich (Vorgesetzte, Kolleg/innen, Kunden) hat sich verändert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 Ich habe Pläne für den beruflichen Wiedereinstieg entwickelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Ich fühle mich in der Lage, meine Freizeit besser zu gestalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 Ich habe Strategien zur Bewältigung von Krisensituationen entwickelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9 Ich habe im Laufe der Behandlung Zukunftsperspektiven entwickelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

Bewerten Sie die Aussagen bitte nach folgenden Stufen	<i>ausgezeichnet</i>	<i>gut</i>	<i>teils/teils</i>	<i>schlecht</i>	<i>nicht zutreffend</i>
--	----------------------	------------	--------------------	-----------------	-------------------------

3.10 Ich habe erkannt, in welchen Bereichen meines Lebens ich aktiv etwas verändern muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3.11 Ich habe meine Therapieziele erreicht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3.12 Die Behandlung hat sich für mich gelohnt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Teil 4 Persönliche Anmerkungen

4.1 Folgendes hat mir in dieser Einrichtung besonders gut gefallen:

4.2 Ich würde in dieser Einrichtung folgendes verändern: