



# Ihre Meinung ist uns wichtig !

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

es ist uns ein wichtiges Anliegen, Ihnen eine Behandlung und Betreuung auf einem hohen medizinischen und pflegerischen Niveau anbieten zu können. Sie sollen sich in unserem Hause wohlfühlen. Über 500 Mitarbeiter tragen dafür Sorge.

Gern möchten wir von Ihnen erfahren, wie zufrieden Sie mit der Behandlung und Betreuung in unserem Hause waren. Sagen Sie uns Ihre ehrliche Meinung. Was war gut, was sollte besser sein? Wir möchten den Ansprüchen unserer Patienten künftig noch besser gerecht werden. Seien Sie sicher, dass wir Ihre Meinung und Ihre Informationen für unseren stetigen Verbesserungsprozess nutzen werden.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, uns einige Fragen zu Ihren persönlichen Erfahrungen zu beantworten. Gern können Sie diesen Bogen auch nutzen, um Ihre persönliche Kritik an uns zu richten.

Wir sichern Ihnen Anonymität und absolute Diskretion zu.

**Bitte geben Sie uns zu den Kriterien Schulnoten. 1 für sehr gute und 6 für ungenügende Leistungen**

Ärztliche Versorgung		Schulnoten 1-6 Sehr gut - ungenügend	Kommentar
1	Ärztliche Betreuung	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
2	Information und Aufklärung	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
3	Freundlichkeit/ Höflichkeit	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
4	Erreichbarkeit	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Pflegerische Versorgung		Schulnoten 1-6 Sehr gut - ungenügend	Kommentar
5	Pflegerische Betreuung	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
6	Information /Kommunikation	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
7	Freundlichkeit/ Höflichkeit	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
8	Erreichbarkeit	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Service und Essen		Schulnoten 1-6 Sehr gut - ungenügend	Kommentar
9	Essen/ Mahlzeiten	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
10	Sauberkeit	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
11	Freundlichkeit/ Höflichkeit Personal	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Organisation		Schulnoten 1-6 Sehr gut - ungenügend	Kommentar
12	Organisation und Ablauf der Aufnahme	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
13	Wartezeiten	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
14	Organisation und Ablauf der Entlassung	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

Gesamtbeurteilung		Schulnoten 1-6 Sehr gut - ungenügend	Kommentar
15	Krankenhausaufenthalt insgesamt	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	
16	Würden Sie das Krankenhaus Freunden und Bekannten empfehlen?	Ja vielleicht nein <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	

**Bitte wenden**

## Persönliche Angaben

Ich lag \_\_\_\_\_ Tage im Jüdischen Krankenhaus Berlin, Station \_\_\_\_\_

Geschlecht: Weiblich  Männlich  Alter \_\_\_\_\_ Jahre

Muttersprache Deutsch  Andere

---

## Ihre persönlichen Erfahrungen - Lob und Kritik

Gern können Sie dieses Formular auch für die Äußerung von Lob oder Kritik verwenden. Teilen Sie uns einfach Ihre Meinung mit. Wünschen Sie hierauf eine Rückmeldung, geben Sie bitte Ihre Kontaktdaten an. Die Verarbeitung Ihrer Daten erfolgt vertraulich. Eine Weitergabe an Dritte ist somit ausgeschlossen.

---

---

---

---

---

---

---

---

Ich wünsche eine Rückmeldung zu den von mir gemachten Anmerkungen

Die Sache ist für mich erledigt, ich möchte keine Antwort.

## Kontaktdaten

Ich bin Patient  Angehöriger  Besucher

Name, Vorname\* \_\_\_\_\_

Straße / Hausnummer\* \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort\* \_\_\_\_\_

Telefonnummer\* \_\_\_\_\_

*\*) Angaben freiwillig, jedoch bei Wunsch einer Rückmeldung notwendig!*