Felsenklinik Dingolfing

Liebe Patientin / lieber Patient,

Sie haben Gelegenheit, Ihre Mitteilungen, Anregungen und Ideen auf diesem Beurteilungsbogen zu hinterlassen, damit wir Ihre Wünsche so bald wie möglich erfüllen und eventuelle Störungen abstellen können.

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den dafür gekennzeichneten Briefkasten im Erdgeschoss oder bei den Schwestern ab. Um den Bogen **online** auszufüllen, begeben Sie sich bitte auf die Internetseite **http://www.hatallesgepasst.de** und geben Sie als Ticketnummer **goDingolfing** an.

Datum: _____

Angaben zur Person

Name, Vorname und Zimmernummer (optional):

Bewertungen

Bitte benoten Sie im Folgenden wie in Schulnoten -
Wie empfanden Sie die Behandlung und Betreuung durch...

	1	2	3	4	5	6
Ihre Ärztin / Ihren Arzt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
die Mitarbeiter/innen des Pflegedienstes?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Ihre Therapeutin / Ihren Therapeuten?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verwaltung?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie empfanden Sie unser Beratungsangebot durch...

	1	2	3	4	5	6
die Ärzte?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
den / die die Sozialarbeiter/in?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
die Psychologin / den Psychologen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐
die Küchenleitung?	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie waren Sie mit der Verpflegung zufrieden?

	1	2	3	4	5	6
Angebot und Qualität der Speisen	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Betreuung durch das Servicepersonal im Speisesaal	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Abwechslung und Speisenvielfalt	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie waren Sie mit der Betreuung durch den Zimmerservice zufrieden?

	1	2	3	4	5	6
Sauberkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Freundlichkeit	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Wie bewerten Sie...

	1	2	3	4	5	6
das Freizeitangebot innerhalb der Klinik	☐	☐	☐	☐	☐	☐
das Freizeitangebot außerhalb der Klinik	☐	☐	☐	☐	☐	☐
das persönliche Ergebnis dieser stationären Rehabilitation	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Antragsverfahren

Hatten Sie Probleme, die stationäre Rehabilitation vom Kostenträger bewilligt zu bekommen?

Ja ☐ Nein ☐

Wurden Sie durch einen Arzt / Gutachter des Medizinischen Dienstes Ihres Kostenträgers (MDK) untersucht?

Ja ☐ Nein ☐

Mussten Sie gegen einen ablehnenden Bescheid ihres Kostenträgers Widerspruch einlegen?

Ja ☐ Nein ☐

...oder beim Sozialgericht Klage erheben?

Ja ☐ Nein ☐

Wie wurden Sie auf unsere Klinik aufmerksam?

☐ Hausarzt ☐ Facharzt ☐ Therapeut
☐ DRV ☐ Krankenkasse ☐ Bekannte / andere Patienten
☐ Internetsuche ☐ Zeitschrift / Printwerbung ☐ anders, ...

Kommentare

Was hat Ihnen in unserer Klinik gut gefallen?

Was sollten wir künftig anders machen?

Ich plane, nächstes Jahr wiederzukommen.

Ja ☐ Nein ☐

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie uns einem Freund oder Kollegen weiterempfehlen werden?

☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

Unwahrscheinlich Sehr wahrscheinlich

Mit Unterstützung von **https://www.patientenzufriedenheit.cc** - professionelle Patientenzufriedenheitsmessung und -auswertung