Blaues Kreuz

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

Lieber Patient,

während Ihres Aufenthaltes in unserer Klinik haben wir uns bemüht, Sie optimal zu behandeln und zu betreuen. Wir sind nun daran interessiert zu erfahren, ob uns das auch gelungen ist.

Mit dem folgenden Fragebogen haben Sie die Möglichkeit uns und unsere Einrichtung zu beurteilen. Mit ihrer persönlichen Rückmeldung – ganz gleich ob positiv oder negativ – helfen Sie, unsere Arbeit zu verbessern.

Vertraulichkeit ist uns wichtig. Der Fragebogen hat keinerlei personenbezogene Kennung und kann nicht mit Ihnen in Verbindung gebracht werden. Daran besteht unsererseits auch absolut kein Interesse, sondern wir möchten von Ihnen Rückmeldungen zu den verschiedenen Bereichen in der Klinik als Grundlage für Verbesserungen in Therapie, Verwaltung und Einrichtung allgemein bekommen.

Geben Sie einfach den zusammengefalteten Fragebogen im beiliegenden Rückumschlag am Empfang ab!

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen noch folgende Punkte:

- Sie können die einzelnen Themen und Aussagen zu den unterschiedlichen Bereichen nach 4 Antwortkategorien bewerten (ausgezeichnet – gut – teils/teils – schlecht). Kreuzen Sie bitte das entsprechende Kästchen an!
- Falls Sie zu einer Aussage keine Bewertung vornehmen können, kreuzen Sie bitte das Kästchen ‚nicht zutreffend' an.
- Falls Sie zu einer Aussage keine Angabe machen wollen, brauchen Sie gar nichts anzukreuzen.
- Bei einigen offenen Fragen haben Sie selbst die Möglichkeit, Anmerkungen zu machen.

Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Ihre Bezugstherapeutin bzw. Ihren Bezugstherapeuten oder andere Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter, zu denen Sie Vertrauen haben.

Mit herzlichem Dank für Ihre Mühe

Mitarbeiter und Klinikleitung

Teil 1 Die Einrichtung

Bewerten Sie die Themen bitte nach folgenden Stufen	*ausge-zeichnet*	*gut*	*teils/teils*	*schlecht*	*nicht zutreffend*

1.1 Ausstattung und Atmosphäre

1.1.1 Ausstattung des Zimmers	☐	☐	☐	☐	☐
1.1.2 Sanitäre Anlagen	☐	☐	☐	☐	
1.1.3 Gemeinschaftsräume	☐	☐	☐	☐	
1.1.4 Technische Ausstattung	☐	☐	☐	☐	
1.1.5 Außenanlagen der Einrichtung	☐	☐	☐	☐	
1.1.6 Sauberkeit in der Einrichtung	☐	☐	☐	☐	
1.1.7 Angemessenheit der Hausordnung	☐	☐	☐	☐	
1,1.8 Atmosphäre in der Einrichtung insgesamt	☐	☐	☐	☐	

1.2 Essen

1.2.1 Menge	☐	☐	☐	☐	
1.2.2 Abwechslung und Vielseitigkeit	☐	☐	☐	☐	
1.2.3 Geschmack	☐	☐	☐	☐	
1.2.4 Verfügbarkeit von Sonderkost	☐	☐	☐	☐	☐
1.2.5 Organisation der Essensausgabe	☐	☐	☐	☐	

Teil 2 Die Behandlung

Bewerten Sie die Aussagen bitte nach folgenden Stufen	*ausge-zeichnet*	*gut*	*teils/teils*	*schlecht*	*nicht zutreffend*

2.1 Medizinische Bereiche in der Einrichtung

2.1.1 **Die Ärztin / der Arzt in der Einrichtung war einfühlsam und verständnisvoll.**	☐	☐	☐	☐	
2.1.2 **Die Ärztin / der Arzt in der Einrichtung haben mir alles, was mit meinen Beschwerden zusammenhängt, verständlich erklärt.**	☐	☐	☐	☐	
2.1.3 **Das Krankenpflegepersonal hat mich gut und verständlich informiert und angeleitet.**	☐	☐	☐	☐	☐
2.1.4 **Mit der medizinischen Behandlung war ich zufrieden.**	☐	☐	☐	☐	☐

2.2 Medizinische Versorgung außerhalb der Einrichtung

2.2.1 **Ich fühlte mich bei externen Ärzten angemessen behandelt.**	☐	☐	☐	☐	☐

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:**

Bewerten Sie die Aussagen bitte nach folgenden Stufen	*ausge-zeichnet*	*gut*	*teils/teils*	*schlecht*	*nicht zutreffend*

2.3 Psychotherapie

2.3.1 **Die psychotherapeutischen Gespräche haben mir geholfen.**	☐	☐	☐	☐
2.3.2 **Ich hatte in der Psychotherapie die Gelegenheit, die für mich relevanten Problembereiche zu bearbeiten.**	☐	☐	☐	☐
2.3.3 **Mit den gruppentherapeutischen Sitzungen war ich zufrieden.**	☐	☐	☐	☐
2.3.4 **Mit den einzeltherapeutischen Sitzungen war ich zufrieden.**	☐	☐	☐	☐
2.3.5 **Wenn ich in einer Krisensituation eine Therapeutin / einen Therapeuten brauchte, war sie / er für mich erreichbar.**	☐	☐	☐	☐
2.3.6 **Ich fühlte mich durch meine Bezugstherapeutin / meinen Bezugstherapeuten respektiert und verstanden.**	☐	☐	☐	☐

2.4 Arbeitsbezogene Maßnahmen

2.4.1 **Die arbeitsbezogenen Maßnahmen (Arbeitstherapie, Ergotherapie, Belastungserprobung, Praktikum, etc.) waren für meine Situation hilfreich.**	☐	☐	☐	☐	☐
2.4.2 **Das lebenspraktische Training (z.B. Gemeinschaftsdienste in Küche und Hauswirtschaft) war ein sinnvoller Teil der Therapie.**	☐	☐	☐	☐	☐
2.4.3 **Bewerbungstraining**	☐	☐	☐	☐	☐
2.2.4 **Computertraining**	☐	☐	☐	☐	☐

Bewerten Sie die Angebote bitte nach folgenden Stufen	*ausge-zeichnet*	*gut*	*teils/teils*	*schlecht*	*nicht zutreffend*

2.5 Weitere therapeutische Angebote

2.5.1 Themengruppe „Deutschsprachtraining“	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.2 Themengruppe „Entspannungstraining“	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.3 Themengruppe „Ernährungs- und Haushaltstraining“	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.4 Themengruppe „Kreativtherapie“	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.5 Themengruppe „Mentaltraining“	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.6 Themengruppe „Raucherentwöhnung“	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.7 Themengruppe „Stabilisierungsgruppe“	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.8 Themengruppe „Selbstsicherheitstraining“	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.9 Themengruppe „Depressionsbewältigung“	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.10 Themengruppe „Männlichkeit und Sucht“	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.11 Themengruppe „Rückfallprophylaxe bei Drogenabhängigkeit“	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.12 Themengruppe „Rückfallprophylaxe bei Cannabisabhängigkeit“	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.13 Themengruppe „Spielsucht“	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.14 Themengruppe „Sucht im / und Alter“	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.15 Themengruppe „Achtsamkeit und Handeln“	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.16 Themengruppe „Umgang mit Ärger und Aggressionen"					
2.5.17 Sport (Leistungsgruppe)	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.18 Sport (Wirbelsäulengymnastik und/oder Wassergymnastik)	☐	☐	☐	☐	☐

Bewerten Sie die Angebote bitte nach folgenden Stufen	*ausge-zeichnet*	*gut*	*teils/teils*	*schlecht*	*nicht zutreffend*
2.5.19 Gesundheitsschulung (z.B. Unterricht, Arzt-Visite)	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.20 Physiotherapie (z.B. Massageliege, Bäder, Mikrowellenbestrahlung, Inhalationen)	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.21 Freizeitangebote	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.22 Sozialberatung	☐	☐	☐	☐	☐
2.5.23 Angehörigenarbeit	☐	☐	☐	☐	☐

Bewerten Sie die Aussagen bitte nach folgenden Stufen	*ausge-zeichnet*	*gut*	*teils/teils*	*schlecht*

2.6 Allgemeiner Therapieverlauf

2.6.1 **Der organisatorische Ablauf des Aufnahmetages war in Ordnung.**	☐	☐	☐	☐
2.6.2 **Ich fühlte mich von Anfang an gut aufgenommen.**	☐	☐	☐	☐
2.6.3 **Die Rehaziele und die Therapieplanung wurden ausreichend mit mir abgestimmt.**	☐	☐	☐	☐
2.6.4 **Meine persönlichen Bedürfnisse wurden während des Aufenthaltes in der Einrichtung ausreichend berücksichtigt.**	☐	☐	☐	☐
2.6.5 **Mit der Vielseitigkeit der therapeutischen Angebote war ich zufrieden.**	☐	☐	☐	☐
2.6.6 **Den Umgang mit Rückfällen fand ich angemessen.**	☐	☐	☐	☐
2.6.7 **Die Organisation in der Einrichtung (Therapieablauf, Informationen etc.) war gut geregelt.**	☐	☐	☐	☐
2.6.8 **Ich wurde von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Verwaltung freundlich behandelt.**	☐	☐	☐	☐
2.6.9 **Meine Anliegen wurden in der Verwaltung zuverlässig bearbeitet.**	☐	☐	☐	☐
2.6.10 **Meine Entlassung war organisatorisch gut vorbereitet.**	☐	☐	☐	☐

Bewerten Sie die Angebote bitte nach folgenden Stufen	*ausge-zeichnet*	*gut*	*teils/teils*	*schlecht*	*nicht zutreffend*

2.7 Vorbereitungen auf die Zeit nach der Therapie

2.7.1 **Ich bin über geeignete Nachsorge- und Hilfsangebote nach der Therapie informiert worden.**	☐	☐	☐	☐
2.7.2 **Ich habe die Arbeit von Selbsthilfegruppen kennengelernt.**	☐	☐	☐	☐
2.7.3 **Der Kontakt zu nachfolgenden Behandlern wurde hergestellt (Beratungsstelle, Psychotherapeut, Arzt etc.)**	☐	☐	☐	☐
2.7.4 **Ich wurde auf den Übergang in den Alltag insgesamt gut vorbereitet.**	☐	☐	☐	☐

2.7.5 **Die ganztägig ambulante Entlassungsphase fand ich hilfreich**	☐	☐	☐	☐	☐

Teil 3 Behandlungsergebnisse

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

Bewerten Sie die Aussagen bitte nach folgenden Stufen	*ausge-zeichnet*	*gut*	*teils/teils*	*schlecht*	*nicht zutreffend*
3.10 **Ich habe erkannt, in welchen Bereichen meines Lebens ich aktiv etwas verändern muss.**	☐	☐	☐	☐	☐
3.11 **Ich habe meine Therapieziele erreicht.**	☐	☐	☐	☐	
3.12 **Die Behandlung hat sich für mich gelohnt.**	☐	☐	☐	☐	

Teil 4 Persönliche Anmerkungen

4.1 **Folgendes hat mir in dieser Einrichtung besonders gut gefallen:**

4.2 **Ich würde in dieser Einrichtung folgendes verändern:**