

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie können uns helfen, immer besser zu werden. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und schildern uns anhand des Fragebogens Ihre persönlichen Eindrücke von unserer Klinik. Durch Ihre Mithilfe, konstruktive Kritik und Anregungen werden wir immer bessere Voraussetzungen für eine erfolgreiche Behandlung in unserer Fachklinik schaffen können. Reicht Ihnen der vorgesehene Raum für Ihre Anmerkungen nicht aus, benutzen Sie bitte ein Zusatzblatt.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen vor Ihrer Abreise an der Rezeption oder in einem der dafür vorgesehenen Briefkästen ab. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Für Ihre Mitarbeit ein herzliches Dankeschön!

**Ihre Klinikleitung**



**Fachklinik  
Bad Pyrmont**



**1.a) In welcher Abteilung werden Sie behandelt?**

<sub>1</sub> Orthopädie/Unfallchirurgie    <sub>2</sub> Rheumatologie    <sub>3</sub> Geriatrie

**1.b) Wo sind Sie untergebracht?**

<sub>1</sub> Haus 1    <sub>2</sub> Haus 2

**2. Service und Komfort:  
Wie beurteilen Sie ...**

	sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht
a) die Aufnahme in die Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) die Rezeption	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) den Empfang auf Station	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) die Wegweisung in der Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) die Freundlichkeit des Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) die Ausstattung Ihres Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) die Sauberkeit Ihres Zimmers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) die Aufenthaltsbereiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) das Frühstück	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) das Mittagessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) das Abendessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) den Service im Speisesaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5

**Bemerkungen und Anregungen**

---



---



---



### 3. Therapieablauf: Wie häufig kam es vor, ...

	nie	selten (höchstens 1x/ Woche)	manchmal (höchstens 2x/ Woche)	häufig (mehr als 2x/ Woche)	fast immer (war die Regel)
a) dass Therapien ohne Ersatztermin ausfielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) dass sich Behandlungstermine überschritten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) dass Änderungen in Ihrem Terminplan Ihnen nicht mitgeteilt worden sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) dass Sie zwischen den Therapien keine ausreichende Wege- bzw. Wechselzeit hatten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### 4. Ärztliche Betreuung

	ja	eher ja	teils, teils	eher nein	nein
a) Die Ärztin/der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Ärztin/der Arzt hat mir alles verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich denke, die Ärztin/der Arzt hat für mich die richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Die Ärztin/der Arzt nahm sich ausreichend Zeit für mich.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### Bemerkungen und Anregungen

---



---

### 5. Behandlungsziele

- a) Hat Ihr Arzt Ziele der Behandlung mit Ihnen vereinbart?  
<sub>1</sub> ja                      <sub>2</sub> nein
- b) Falls ja, diese Ziele habe ich ...  
<sub>1</sub> mehr als erreicht      <sub>2</sub> erreicht              <sub>3</sub> teilweise erreicht      <sub>4</sub> nicht erreicht

### 6. Betreuung durch die Pflege (gemeint sind auch Blutdruckmessen, Medikamentenausgabe etc.)

	ja	eher ja	teils, teils	eher nein	nein
a) Es war immer eine Pflegekraft da, wenn ich sie oder ihn gebraucht habe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Pflegekräfte haben mich gut und verständlich informiert und angeleitet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Pflegekräfte waren einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

### 7. Psychologie

- a) Hatten Sie mit Diplom-Psychologen ein oder mehrere Einzelgespräche bzw. -behandlungen?  
<sub>1</sub> ja                      <sub>2</sub> nein
- b) Falls ja, wie beurteilen Sie die Psychologie?  
<sub>1</sub> sehr gut      <sub>2</sub> gut              <sub>3</sub> teils, teils      <sub>4</sub> schlecht      <sub>5</sub> sehr schlecht





## 8. Haben Sie folgende Behandlungen erhalten? Falls ja, wie beurteilen Sie diese?

a) Physiotherapie (Krankengymnastik) einzeln, auch im Wasser, Einweisung in die MTT

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
nein, nicht erhalten	ja, und sie war →	sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht

b) Gruppentherapien (alle aktiven Bewegungsgruppen, auch im Wasser, wie z. B. Wirbelsäulengruppen, Hüft- und Kniegruppen, Ergometertraining, MTT, Nordic-Walking)

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
nein, nicht erhalten	ja, und sie waren →	sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht

c) Physikalische Anwendungen (z. B. Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Massagen, Lymphdrainagen)

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
nein, nicht erhalten	ja, und sie waren →	sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht

d) Ergotherapie (z. B. Erprobung/Training von Tätigkeiten und Fertigkeiten des Alltags und Berufslebens):

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
nein, nicht erhalten	ja, und sie war →	sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht

e) Entspannungstherapie (z. B. Muskelentspannung, autogenes Training)

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
nein, nicht erhalten	ja, und sie war →	sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht

### Bemerkungen und Anregungen

---



---

## 9. Haben Sie folgende Beratungen erhalten? Falls ja, wie beurteilen Sie diese?

a) Beratung durch klinische/n Sozialarbeit/Sozialdienst (Fragen der Rückkehr zur Arbeit, rechtliche Dinge)

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
nein, nicht erhalten	ja, und sie war →	sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht

b) Ernährungsberatung (Einzelberatung, Lehrkochen):

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
nein, nicht erhalten	ja, und sie war →	sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht

c) Schulungen/Vorträge zu krankheitsbezogenen Themen (z. B. Diabetes, Rheuma, Rückenprobleme)

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
nein, nicht erhalten	ja, und sie war →	sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht

d) Schulungen/Vorträge zu allgemeinen Themen (z. B. Gesunde Ernährung, Stress, Schmerz, Rauchen)

<input type="checkbox"/> <sub>0</sub>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <sub>1</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>2</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>3</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>4</sub>	<input type="checkbox"/> <sub>5</sub>
nein, nicht teilgenommen	ja, und sie waren →	sehr gut	gut	teils, teils	schlecht	sehr schlecht





10. Hat Ihnen die Behandlung geholfen hinsichtlich ...	ja, sehr	ja, etwas	nein	betrifft mich nicht
a) Linderung der Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Zunahme der körperlichen Leistungsfähigkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verbesserung des seelischen Wohlbefindens?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vorbereitung auf den häuslichen Alltag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Vorbereitung auf den beruflichen Alltag?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

### 11. Gesamtwertung

- a) Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung, die Sie erhalten haben, im Großen und Ganzen?  
<sub>1</sub> sehr zufrieden    <sub>2</sub> weitgehend zufrieden    <sub>3</sub> leicht unzufrieden    <sub>4</sub> ziemlich unzufrieden
- b) Würden Sie einem Freund/einer Freundin unsere Klinik empfehlen, wenn er/sie eine ähnliche Hilfe benötigen würde?  
<sub>1</sub> eindeutig ja    <sub>2</sub> ich glaube ja    <sub>3</sub> ich glaube nicht    <sub>4</sub> eindeutig nicht
- c) Was hat Ihnen in unserer Klinik besonders gut gefallen?
- d) Was sollten wir Ihrer Meinung nach verbessern?

---



---

### 12. Umgang mit Ärgernissen und Beschwerden

- a) Haben Sie sich während des Klinikaufenthaltes über etwas geärgert?  
<sub>1</sub> ja    <sub>2</sub> nein -> bitte weiter mit Frage 13!
- b) Worüber haben Sie sich geärgert?
- c) Haben Sie das Ärgernis angesprochen?    <sub>1</sub> ja    <sub>2</sub> nein -> bitte weiter mit Frage 13!
- d) Finden Sie, dass mit Ihrem Anliegen in einer für Sie befriedigenden Weise umgegangen wurde?  
<sub>1</sub> ja, völlig    <sub>2</sub> einigermaßen    <sub>3</sub> nein

---



---

### 13. Fragen für die Statistik

- a) Ihr Geschlecht    <sub>1</sub> weiblich    <sub>2</sub> männlich
- b) Ihr Alter \_\_\_\_\_ Jahre
- c) Welcher Art ist Ihr Klinikaufenthalt?  
<sub>1</sub> Anschlussheilbehandlung (AHB)    <sub>2</sub> Heilverfahren    <sub>3</sub> Sonstiges

Freiwillige Angaben (Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Name: \_\_\_\_\_ Zimmer: \_\_\_\_\_

Möchten Sie Klinik-Info per E-Mail erhalten: \_\_\_\_\_