

**PSYCHIATRIE**

# ZUFRIEDENHEITSBEFRAGUNG

**Sehr geehrte Patient:innen,**

wir möchten unsere Patient:innen optimal versorgen. Deswegen ist uns Ihre Meinung wichtig! Mit Ihren Antworten, Ihrem Lob und Ihrem Tadel helfen Sie uns, unsere Leistungen weiter zu verbessern. Ihre Antworten werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung.**

**Behandlungsart:**  Tagesklinik: \_\_\_\_\_  stationär, Station: \_\_\_\_\_

## 1. Ausstattung

- 1.1 Mit meinem Zimmer war ich beim stationären Aufenthalt zufrieden.
- 1.2 Mit den sanitären Anlagen war ich zufrieden.
- 1.3 Mit den Gemeinschaftsräumen war ich zufrieden.
- 1.4 Mit der technischen Ausstattung war ich zufrieden.
- 1.5 Mit der Außenanlage der Einrichtung war ich zufrieden.
- 1.6 Mit der Sauberkeit der Einrichtung war ich zufrieden.

Trifft absolut zu  
 Trifft eher zu  
 Trifft eher nicht zu  
 Trifft garnicht zu  
 Keine Angabe

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2. Essen

- 2.1 Die Essensversorgung entsprach meinen Bedürfnissen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## 3. Medizinischer Bereich der Einrichtung und Therapie

- 3.1 Die Ärztin/der Arzt in der Einrichtung war einfühlsam und verständnisvoll.
- 3.2 Die Therapeutin/der Therapeut in der Einrichtung war einfühlsam und verständnisvoll.
- 3.3 Das Krankenpflegepersonal hat mich gut und verständlich informiert und angeleitet.
- 3.4 Mit den therapeutischen Angeboten war ich zufrieden.
- 3.4.1 Therapeutische Angebote, die mir besonders gefallen haben:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 3.4.2 Therapeutische Angebote, die mir gar nicht gefallen haben:

- 3.5 Ich hatte in der Psychotherapie die Gelegenheit, die für mich relevanten Problem-  
bereiche zu bearbeiten.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 3.6 Mit den gruppentherapeutischen Sitzungen war ich zufrieden.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

- 3.7 Mit den einzeltherapeutischen Sitzungen war ich zufrieden.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## 4. Allgemeiner Therapieverlauf

- 4.1 Der organisatorische Ablauf der gesamten Therapie entsprach meinen Erwartungen.
- 4.2 Ich fühlte mich von Anfang an gut aufgehoben.
- 4.3 Der Therapieplan wurde mit mir abgestimmt und meine persönlichen Bedürfnisse wurden berücksichtigt.
- 4.4 Die mir verordnete Medikation ist mir hinsichtlich der Wirkung, möglicher Nebenwirkungen und Wechselwirkungen erklärt worden und ich hatte Gelegenheit, Fragen zu stellen.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**PSYCHIATRIE**

# ZUFRIEDENHEITSBEFRAGUNG

Trifft absolut zu  
 Trifft eher zu  
 Trifft eher nicht zu  
 Trifft garnicht zu  
 Keine Angabe

**5. Vorbereitung auf die Zeit nach der Therapie**

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5.1 Ich bin über geeignete Nachsorge- und Hilfsangebote nach der Therapie informiert worden.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.2 Ich habe das Angebot von Selbsthilfegruppen kennengelernt.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5.3 Der Kontakt zu nachfolgenden Behandelnden wurde hergestellt (Beratungsstelle, Psychotherapeut:in, Arzt/Ärztin, weitere Angebote). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**6. Behandlungsergebnisse**

- |   |                          |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 6.1 Mein körperliches Befinden hat sich durch die Therapie verbessert.                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.2 Mein psychisches Befinden hat sich durch die Therapie verbessert.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.3 Meine soziale Situation (Arbeit, Wohnung, Finanzen) hat sich durch die Therapie verbessert. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.4.1 Wichtige Personen sind für mich:  |                          |                          |                          |                          |                          |
| _____   |                          |                          |                          |                          |                          |
| _____   |                          |                          |                          |                          |                          |
| 6.4.2 Meine Beziehung zu diesen wichtigen Personen hat sich verbessert.                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.5 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"/> |
| 6.6 Ich habe Strategien zur Bewältigung von Krisensituationen entwickelt.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.7 Ich habe im Laufe der Behandlung Zukunftsperspektiven entwickelt.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.8 Ich habe meine Therapieziele erreicht.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6.9 Die gesamte Behandlung war für mich hilfreich.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Falls Sie bei einer oder mehreren Aussagen „Trifft nicht zu“ angekreuzt haben, freuen wir uns hier über ein kurzes Feedback. Auch für sonstige Verbesserungsvorschläge oder Anregungen (und selbstverständlich auch für ein lobendes Wort) ist hier Platz:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Können Sie unsere Klinik weiterempfehlen?  Ja  Nein

**Freiwillige Angaben**

- A In welchem Jahr sind Sie geboren? \_\_\_\_\_
- B Ihr Geschlecht:  weiblich  männlich  divers

**Herzlichen Dank für Ihre Rückmeldung,  
Ihre Krankenhausbetriebsleitung**