

Institut für Experimentelle
 Hämatologie und Transfusionsmedizin
 (IHT)

Sigmund-Freud-Straße 25

53127 Bonn

Datum: _____

Wie zufrieden sind Sie mit uns?

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Um unsere Leistungen Ihnen gegenüber zu verbessern, möchten wir Sie bitten, uns auf diesem Fragebogen einige Fragen zu beantworten. Die Befragung erfolgt anonym.

- männlich weiblich
 unter 18 J 18 - 50 J. 51 - 65 J > 65 J

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage nur eine Antwort an. Bewerten Sie Ihre Eindrücke nach Schulnoten.

Hierbei entspricht:

1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = schlecht, 6 = sehr schlecht

	1	2	3	4	5	6
Freundlichkeit / Hilfsbereitschaft des Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausreichend Zeit für Beantwortung Ihrer Fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Fragen zu Ihrer Zufriedenheit beantwortet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetenz des ärztlichen Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetenz des Pflege-/ med.-techn. Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit bis schriftliche Befundung/Begutachtung vorliegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden die Substitutionen / Bereitstellungen mit Ihrem Gerinnungsfaktor entsprechend den Zeitvorgaben des Hämophilie-Zentrums durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie den Eindruck, dass Ihr Krankheitsbild (Gerinnungsstörung) von den Stationsmitarbeiter/innen gut verstanden wird? (Fachkompetenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie fühlen Sie sich während des Aufenthalts allgemein vom Hämophiliezentrum betreut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie auch nach Entlassung mit der Betreuung des Hämophilie-Zentrums zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Hilfe.