



---

# Fragebogen zu Ihrem Krankenhausaufenthalt

Patients' Experience Questionnaire (PEQ)

---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir danken Ihnen für die Teilnahme an dieser Befragung. Ihre Meinung ist uns sehr wichtig. Uns interessiert Ihr **Gesamteindruck zu Ihrem letzten Krankenhausaufenthalt**. Dazu stellen wir Fragen zu verschiedenen Bereichen, wie medizinische Versorgung, pflegerische Betreuung etc.

Bitte kreuzen Sie immer die Antwort an, die Ihre persönliche Einschätzung und Erfahrung am besten beschreibt. Dabei bedeutet 1 die beste Bewertung und 6 die schlechteste Bewertung.

Beispiel:

Wie zufrieden waren Sie?							
Ja, sehr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Überhaupt nicht

## Fragen zur ärztlichen Versorgung:

1. Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der <u>ärztlichen</u> Behandlung berücksichtigt?							
Beispiele: Beteiligung, Mitspracherecht, gegebenenfalls Einbeziehung Angehöriger							
Ja, sehr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Überhaupt nicht

2. Wie beurteilen Sie den Umgang der <u>Ärztinnen und Ärzte</u> im Krankenhaus mit Ihnen?							
Beispiele: Freundlichkeit, respektvoller Umgang, Eingehen auf Ängste, Ansprechbarkeit							
Sehr gut	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Sehr schlecht

3. Wurden Sie von den <u>Ärztinnen und Ärzten</u> im Krankenhaus insgesamt angemessen informiert?							
Beispiele: Informationen zu Behandlungsrisiken, Medikamenten, zur Krankheit							
Ja, sehr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Überhaupt nicht

4. Wie schätzen Sie die Qualität der <u>medizinischen</u> Versorgung in Ihrem Krankenhaus ein?							
Beispiele: die fachliche Kompetenz der behandelnden Ärztinnen und Ärzte, moderne Behandlungsmethoden							
Sehr gut	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Sehr schlecht

## Fragen zur pflegerischen Betreuung:

5. Wurden Ihre Wünsche und Bedenken in der Betreuung durch die <u>Pflegekräfte</u> berücksichtigt?							
Beispiele: Beteiligung, Mitspracherecht, gegebenenfalls Einbeziehung Angehöriger							
Ja, sehr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Überhaupt nicht

**6. Wie beurteilen Sie den Umgang der Pflegekräfte mit Ihnen?**

Beispiele: Freundlichkeit, respektvoller Umgang, Eingehen auf Ängste, Ansprechbarkeit

Sehr gut	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Sehr schlecht
----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------

**7. Wurden Sie von den Pflegekräften insgesamt angemessen informiert?**

Beispiele: Umgang mit der Krankheit, Untersuchungen, Tagesablauf

Ja, sehr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Überhaupt nicht
----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------

**8. Wie schätzen Sie die Qualität der pflegerischen Betreuung in Ihrem Krankenhaus ein?**

Beispiele: fachliche Kompetenz der Pflegekräfte, Versorgung nach neuestem Wissen

Sehr gut	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Sehr schlecht
----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------

**Weitere Fragen zu Ihrem Krankenhausaufenthalt:**

**9. Mussten Sie während Ihres Krankenhausaufenthaltes häufig warten?**

Nein, niemals	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Ja, immer
---------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------

**10. Verließ die Aufnahme ins Krankenhaus zügig und reibungslos?**

Ja, sehr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Überhaupt nicht
----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------

**11. Wie beurteilen Sie die Sauberkeit in Ihrem Krankenhaus?**

Sehr gut	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Sehr schlecht
----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------

**12. Entsprach die Essensversorgung im Krankenhaus Ihren Bedürfnissen?**

Ja, sehr	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Überhaupt nicht
----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	-----------------

**13. Wie gut war Ihre Entlassung durch das Krankenhaus organisiert?**

Sehr gut	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	Sehr schlecht
----------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	---------------

14. Würden Sie dieses Krankenhaus Ihrem besten Freund / Ihrer besten Freundin weiterempfehlen?

Voll und ganz  1  2  3  4  5  6  Überhaupt nicht

15. Hat sich Ihr Gesundheitszustand durch den Krankenhausaufenthalt verbessert?

Voll und ganz  1  2  3  4  5  6  Überhaupt nicht

### Persönliche Angaben:

A: In welchem Jahr sind Sie geboren?

B: Geschlecht  männlich  weiblich

Ihre Daten werden anonym ausgewertet und streng vertraulich behandelt.  
**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**