

RAUM FÜR WEITERE ANMERKUNGEN

Bei Kritik bitten wir um eine kurze Erläuterung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

KONTAKT

Kerstin Szycpior

Bewertungsmanagement

Telefon: 0 23 03 / 100 - 646 11

E-Mail: k.szycpior@hospitalverbund.de

Christliches Klinikum Unna

Holbeinstraße 10

59423 Unna



**CHRISTLICHES
KLINIKUM
UNNA**



Das Christliche Klinikum Unna ist Teil des **Katholischen Hospitalverbundes Hellweg**.
Weitere Informationen dazu finden Sie im Internet unter www.hospitalverbund.de



**KATHOLISCHER
HOSPITALVERBUND
HELLWEG**

Stand 05/2023

IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG

GEBEN SIE UNS GERNE IHRE RÜCKMELDUNG
ZU IHREM AUFENTHALT

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT.

Ihre Meinung, Ihre Anregung, Ihre Beschwerde und auch Ihr Lob sollen uns helfen, die Leistungen für Sie weiter zu verbessern. Darum ist Ihre Rückmeldung für uns sehr wichtig. Das ausgefüllte Formular können Sie in den Briefkasten an der Information einwerfen oder bei unseren Mitarbeitern abgeben. Gerne können Sie uns auch persönlich ansprechen (unsere Ansprechpartnerin finden Sie auf der Rückseite).

FREIWILLIGE ANGABEN ZUR PERSON

Name: _____

Standort: CKU Mitte CKU West

Fachabteilung: _____

Station: _____ Rückmeldung erwünscht

Ich bin: Patient/in Angehörige/r
 Besucher/in Sonstige Person

ERLÄUTERUNG DER BEWERTUNG

1 = sehr gut 2 = gut 3 = befriedigend 4 = ausreichend 5 = mangelhaft

BEWERTUNG

Haben Sie unsere Mitarbeiter/ innen **freundlich und zuvorkommend** erlebt?

Ärzte: 1 2 3 4 5  
Pflege: 1 2 3 4 5
Sonstige _____ 1 2 3 4 5

Wie haben Sie die **Kompetenz** unserer Mitarbeiter/innen empfunden?

Ärzte: 1 2 3 4 5  
Pflege: 1 2 3 4 5
Sonstige _____ 1 2 3 4 5

Sind evtl. **aufgetretene Fragen** zu Ihrer Zufriedenheit beantwortet worden?

Ärzte: 1 2 3 4 5  
Pflege: 1 2 3 4 5
Sonstige _____ 1 2 3 4 5

Wie zufrieden waren Sie mit der **Aufnahme** in unserem Haus?

Ärzte: 1 2 3 4 5  
Pflege: 1 2 3 4 5
Sonstiges _____ 1 2 3 4 5

Fühlten Sie sich während Ihres Aufenthaltes über die **Abläufe Ihrer Behandlung** ausreichend informiert?

1 2 3 4 5  

Wie haben Sie die Qualität der **Hygiene** empfunden?

1 2 3 4 5  


Wie beurteilen Sie die **Ausstattung** in unserem Haus?

Zimmer: 1 2 3 4 5  
Sonstiges _____ 1 2 3 4 5

Wie haben Sie die **Qualität** des Essens empfunden?

1 2 3 4 5  

Wie empfanden Sie die **Unterstützung** durch unseren Sozialdienst/Pflegeüberleitung?

1 2 3 4 5  
 Nicht beansprucht

Würden Sie sich auch in **Zukunft** wieder bei uns behandeln lassen?

Ja
 Nein