

Patientenfragebogen 1

Identifikation: WS47
Version: C
Datum: 10.01.2018



Seite 1 von 1

Sehr geehrte Damen und Herren,

seit 201__ arbeiten wir verstärkt an unserem Wundmanagementsystem mit dem Ziel einer Zertifizierung nach ICW e.V. Wundsiegel. Gern würden wir von Ihnen erfahren, wo wir noch Verbesserungsbedarf in der Patientenbetreuung haben. Bitte beteiligen Sie sich und werfen den Bogen in unseren Briefkasten ein. Die Befragung ist anonym möglich. Die Auswertung erfolgt durch unsere QM-Beauftragte.

Vielen Dank für die Mitarbeit!

Ihr Wund-Praxisteam/Wundsprechstudententeam

Kriterien Terminvergabe Schulnoten 1-5	1	2	3	4	5	Weiß nicht	Bemerkung
Die telefonische Erreichbarkeit ist angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich habe zügig einen Termin bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Kriterien zur Behandlung Schulnoten 1-5	1	2	3	4	5	Weiß nicht	Bemerkung
Die Wartezeit ist angemessen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Das Personal der Praxis/des Zentrums ist immer freundlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Therapieräume sind sauber und wirken gepflegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Informationsweitergabe im Team funktioniert gut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Informationsweitergabe zu meinem Hausarzt, Physiotherapeuten, und weiteren Personen erfolgt zeitnah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Über den Wundheilungsverlauf bin ich gut informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich habe ausführliche Beratungen zum Umgang mit erhalten meiner Erkrankung erhalten und wie ich mich verhalten kann um den Versorgungsprozess zu unterstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich werde aktiv in die Behandlung mit einbezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Meine Angehörigen werden mit einbezogen und gut informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Die Händedesinfektion bei der Wundversorgung konnte ich beobachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ich konnte beobachten, dass steriles Material benutzt worden ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Handschuhe und Schutzkleidung wurden getragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Haben Sie weitere Vorschläge für uns?

Datum !

Name und Unterschrift (diese Angabe ist freiwillig)

Erstellt/Revidiert: QM-Geschäftsstelle ICW e.V.	Überprüft/Freigegeben: im Auftrag, mamedicon GF
Datum: 10.01.2018	Datum: 10.01.2018