

Patientenfragebogen

Identifikation: WS47
 Version: D
 Datum: 10.01.2018



Seite 1 von 1

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
 wir sind stets bestrebt, die Qualität unserer Wundversorgung weiter zu verbessern. Im Zuge der Zertifizierung nach ICW e.V. Wundsiegel würden wir gern von Ihnen erfahren, wo wir noch Verbesserungsbedarf in der Behandlung und Organisation haben. Bitte füllen Sie daher den nachfolgenden kurzen Fragebogen aus. Sie benötigen dafür ca. 3-5 Minuten.

Danach bitten wir Sie den ausgefüllten Bogen in unseren Briefkasten einzuwerfen oder im verschlossenen Umschlag dem Pflegepersonal aushändigen. Die Befragung erfolgt grundsätzlich anonym, die Auswertung erfolgt durch unsere/n Beauftragte/n für Qualitätsmanagement oder ein beauftragtes Institut.

Vielen Dank für die Mitarbeit!
 Ihr Wund-Team

	sehr gut	eher gut	teils, teils	eher schlecht	sehr schlecht	Betrifft mich nicht
Die Behandler haben Routine bei den Verbandwechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Mitarbeiter sorgen für ein sauberes Umfeld beim Verbandwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wichtige Informationen über meine Wunde werden in der Einrichtung weitergegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationen über meine Wunde werden mit meinem Hausarzt und anderen Therapeuten zeitnah ausgetauscht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Über die Wunde und 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 bin darüber informiert worden, was ich selbst zur Heilung beitragen kann	<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"/>
Nach meinem Eindruck haben sich die Behandler die Hände desinfiziert.	<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"/>
Ich wurde regelmäßig über Schmerzen befragt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auf meine Schmerzen wurde reagiert	<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 der ICW e.V.	Überprüft/Freigegeben: im Auftrag mamedicon, GF
Datum: 10.01.2018	Datum: 10.01.2018