



Ihre Meinung ist uns wichtig!

Liebe Patientin, lieber Patient,
wir möchten Ihren Aufenthalt so angenehm wie möglich gestalten. Bitte teilen Sie uns Ihre Anregungen, Ihr Lob oder Ihre Kritik mit. Sie sind ein wichtiger Hinweis für uns, um unsere Leistung stetig zu verbessern. Die Bewertung erfolgt nach dem Schulnotenprinzip von 1 (sehr zufrieden) bis 6 (überhaupt nicht zufrieden).

Wie zufrieden waren Sie mit . . .

(1= sehr gut 6 = ungenügend)

der Aufnahmesituation?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
der medizinischen Behandlung durch die Ärzte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
den Umgangsformen / der Freundlichkeit der Ärzte?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
der Behandlung durch das nichtärztliche Personal?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
den Umgangsformen / der Freundlichkeit des nichtärztlichen Personals?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
der Schmerztherapie?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
den Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
der Unterbringung und Sauberkeit?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
dem seelsorgerischen Angebot?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
dem organisatorischen Ablauf?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6
der Gesamtsituation Ihres Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6

Raum für Anregungen, Lob und Kritikpunkte:

Station/Abteilung

Zi.-Nr.

Name:

(Angaben freiwillig)

Sie wünschen eine Rückmeldung? Dann teilen Sie uns hier bitte Ihre Tel-Nr. oder E-Mail Adresse mit, damit wir Sie kontaktieren können: _____

Sie waren zufrieden? Dann bewerten Sie uns auf „klinikbewertungen.de“ oder schreiben eine „**Google-Rezension**“. Wenn nicht, schreiben Sie eine E-Mail an lob&kritik@smhf.de.