

Fragebogen für Patienten

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,
Ihre Meinung ist uns wichtig!

Die beteiligten Krankenhäuser des Lungenkrebszentrums Mittelhessen sind bemüht, Ihnen eine umfassende, fachlich kompetente und professionelle Behandlung anzubieten. Um dies zu gewährleisten, Fehler zu vermeiden und um uns ständig zu verbessern sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen.

Dafür haben wir diesen Fragebogen entwickelt, der Ihnen die Möglichkeit geben soll, Ihren Aufenthalt in der Klinik zu beurteilen.

Füllen Sie den Fragebogen bitte möglichst vollständig aus, und senden Sie ihn mit dem frankierten Rückumschlage an unser Zentrum zurück.

Wir bedanken uns auch im Namen unserer zukünftigen Patientinnen und Patienten für Ihre wertvolle Unterstützung!

Die Befragung ist anonym und die Informationen werden nur intern ausgewertet.

Ich wurde an folgendem Standort des Lungenkrebszentrums behandelt:

Uniklinikum in Gießen

Kerckhoff Klinik in Bad Nauheim

Klinik Waldhof Elgershausen

1. Wie würden Sie im Allgemeinen Ihren Gesundheitszustand beschreiben?

Sehr gut

Gut

Mittelmäßig

Schlecht

2. Wenn Sie wichtige Fragen an das ärztliche Personal stellten, bekamen Sie verständliche Antworten?

Ja, immer

Ja, manchmal

Nein

Ich hatte keine Fragen

3. Wurden Sie in die Behandlung und Entscheidungen genügend einbezogen?

Ja, so wie ich wollte

Einigermaßen

Nein

Ich wollte nicht mitbestimmen

AZ: LKZ Datei: FB 001 Patientenbefragung.docx	Erstellt: A. Wissgott / B. Heberlein 24.03.2021 Datum/Unterschrift	Gepüft: LKZ Leitungsteam 26.03.2021 Datum/Unterschrift	Freigabe: Prof. Dr. Dr. F. Grimminger 01.04.2021 Datum/Unterschrift
--	---	---	--

Patienten Befragung

FB 001 LKZ

Rev.-Nr.: 1

Seite 2 von 3

4. Hatten Sie den Eindruck, das Krankenhauspersonal hat sein Möglichstes getan, um Ihre Schmerzen lindern?

Ja, voll und ganz

Einigermaßen

Nein

Ich hatte keine Schmerzen

5. Wurde Ihre persönliche Lebenssituation bei der jetzigen Behandlung ausreichend berücksichtigt?

Ja, voll und ganz

Einigermaßen

Nein

Ist nicht erforderlich

6. Worüber möchten Sie bezüglich Ihrer Tumorerkrankung noch besser informiert werden?

Meine Erkrankung

Meine Behandlung

Therapiemöglichkeiten

Die Nebenwirkungen der Therapien

Den wissenschaftlichen Fortschritt

Alternativen zu Schulmedizin

Ernährung

Bewegung / Sport

Angebote des sozialen Dienstes

Psychologische / psychotherapeutische

Angebote zum Umgang mit der Krankheit

Selbsthilfegruppen

Tumornachsorge

Das Einholen einer Zweitmeinung

Raucherentwöhnung

Kein Bedarf

Sonstiges, nämlich

AZ: LKZ Datei: FB 001 Patientenbefragung.docx	Erstellt: A. Wissgott / B. Heberlein 24.03.2021 Datum/Unterschrift	Gepüft: LKZ Leitungsteam 26.03.2021 Datum/Unterschrift	Freigabe: Prof. Dr. Dr. F. Grimminger 01.04.2021 Datum/Unterschrift
--	---	---	--

Patienten Befragung

FB 001 LKZ

Rev.-Nr.: 1

Seite 3 von 3

7. Hatten Sie ausreichend Gelegenheit, um mit den folgenden Mitarbeitern in Ruhe über Ihre Tumorerkrankung zu sprechen?

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie	Nicht nötig
Mit dem zuständigen Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit den Pflegekräften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit den Psychoonkologen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit anderen Mitarbeitern (bitte benennen: z. B. Physiotherapie, Sozialarbeit, Ernährungsberater): _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Konnten vor der Entlassung alle Ihre Fragen ausreichend geklärt werden?

- Ja
- Einigermaßen
- Nein
- Ich benötigte keine Informationen

9. Haben Sie zur Entlassung einen Arztbrief erhalten?

- Ja
- Nein

10. Würden Sie Ihr behandelndes Krankenhaus weiterempfehlen?

- Ja
- Nein
- Ja, bedingt, weil

Weitere Bemerkungen, Anregungen oder Beschwerden:

AZ: LKZ Datei: FB 001 Patientenbefragung.docx	Erstellt: A. Wissgott / B. Heberlein 24.03.2021 Datum/Unterschrift	Gepüft: LKZ Leitungsteam 26.03.2021 Datum/Unterschrift	Freigabe: Prof. Dr. Dr. F. Grimminger 01.04.2021 Datum/Unterschrift
--	---	---	--