

PATIENTEN FRAGEBOGEN

Sie können uns helfen, uns stetig zu verbessern.

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und schildern Sie uns Ihre persönlichen Eindrücke von Ihrer ambulanten Rehabilitation.

Durch Ihre Mithilfe, konstruktive Kritik und Anregungen werden wir immer bessere Voraussetzungen für eine erfolgreiche Rehabilitation in unserer Einrichtung schaffen können.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Fragebogen nach der letzten Behandlung Ihrer Reha an der Anmeldung ab.

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Für Ihre Mitarbeit ein herzliches Dankeschön!

1. In welches Fachgebiet fällt Ihre Behandlung?

- Orthopädie Kardiologie

2. War unsere ambulante Einrichtung Ihre Wunscheinrichtung?

- Ja, ich wollte von mir aus in diese ambulante Einrichtung.
 Nein, ich wäre lieber in eine andere ambulante Einrichtung gegangen.
 Nein, ich wäre grundsätzlich lieber stationär in einer Klinik behandelt worden.
 Ich hatte keine bestimmte Reha-Einrichtung im Auge.

3. Planung und Ziele der Rehabilitation

Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen:

	ja	eher ja	eher nein	nein
a) Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben gleich am Anfang die Ziele meiner Reha mit mir besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Meine Ärzte sowie meine Therapeuten haben mit mir besprochen, durch welche Behandlungen meine Reha-Ziele am besten zu erreichen sind.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Die Fortschritte bei der Erreichung der Ziele meiner Behandlung wurden im Verlauf der Behandlung mit mir besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ärztliche Betreuung

Bitte beurteilen Sie die folgenden Aussagen:

	ja	eher ja	eher nein	nein
a) Die Ärztin/der Arzt war einfühlsam und verständnisvoll.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Die Ärztin/der Arzt hat mir alles verständlich erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Ich denke, die Ärztin/der Arzt hat für mich die richtigen Behandlungen und Therapien veranlasst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Haben Sie folgende Behandlungen erhalten? Falls ja, wie beurteilen Sie diese?

a) **Physiotherapie (Krankengymnastik) einzeln und/oder in der Gruppe** (z. B. Übungen für das Bewegungssystem und das Bewegungsverhalten):

nein, nicht erhalten ja, und sie war: sehr gut gut weniger gut schlecht

b) **Sport- und Bewegungstherapie** (z. B. MTT, Ergometertraining, Sport und Bewegung in der Halle, im Bewegungsbad oder im Freien):

nein, nicht erhalten ja, und sie war: sehr gut gut weniger gut schlecht

c) **Physikalische Anwendungen** (z.B. Massagen, Kälte, Wärme, Strom, Bäder, Packungen, Inhalationen):

nein, nicht erhalten ja, und sie war: sehr gut gut weniger gut schlecht

d) **Ergotherapie** (z. B. Hilfen für den Alltag, und zur Arbeitserleichterung, Erlernen des Umgangs mit Hilfsmitteln):

nein, nicht erhalten ja, und sie war: sehr gut gut weniger gut schlecht

e) **Psychologie** (Einzelgespräche mit Diplom-Psychologen):

nein, nicht erhalten ja, und sie war: sehr gut gut weniger gut schlecht

f) **Entspannungstherapie** (z. B. Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training):

nein, nicht erhalten ja, und sie war: sehr gut gut weniger gut schlecht

6. Haben Sie an Vorträgen, Seminaren oder Schulungen teilgenommen? Falls ja, wie beurteilen Sie diese?

Z. B. zu den Themen: gesunde Lebensführung, ausgewogene Ernährung, Bewegung, Stressabbau, Schmerz, Alltagsdrogen sowie zu krankheitsbezogenen Themen wie z. B. Rückenprobleme, Rheuma:

nein, nicht erhalten ja, und sie war: sehr gut gut weniger gut schlecht

7. Haben Sie folgende Beratung erhalten? Falls ja, wie beurteilen Sie diese?

a) **Sozialberatung** (Fragen zur Rückkehr zur Arbeit, rechtliche Dinge):

nein, nicht erhalten ja, und sie war: sehr gut gut weniger gut schlecht

b) **Ernährungsberatung** (Einzelberatung, Lehrkochen):

nein, nicht erhalten ja, und sie war: sehr gut gut weniger gut schlecht

8. Hat Ihnen die Behandlung bereits geholfen hinsichtlich ...

	ja, sehr	ja, etwas	nein	betrifft mich nicht
a) Linderung der Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Zunahme der körperlichen Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Verbesserung des seelischen Wohlbefindens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Vorbereitung auf den häuslichen Alltag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Vorbereitung auf berufliche Belastungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Ihr Therapieverlauf. Wie häufig kam es vor, ...

	nie	selten höchstens 1x pro Woche	manchmal höchstens 2x pro Woche	häufig mehr als 2x pro Woche	fast immer war die Regel
a) dass Therapien ausfielen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) dass sich Behandlungstermine überschneiden haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) dass Änderungen in Ihrem Terminplan Ihnen nicht mitgeteilt wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) dass Sie von einer Therapie zur anderen „hetzen“ mussten, weil Ihr Therapieplan zeitlich knapp war?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Service und Komfort. Wie beurteilen Sie ...

	sehr gut	gut	weniger gut	schlecht
a) die Öffnungszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) die Parksituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) die Aufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) die Freundlichkeit des Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) die Ausstattung der Räumlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) die Sauberkeit der Umkleieräume, Therapieräume, Duschen und Toiletten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) das Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) den Service im Speisesaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) die Atmosphäre im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Gesamtwertung

a) Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Reha im Großen und Ganzen?

- sehr zufrieden weitgehend zufrieden leicht unzufrieden unzufrieden

b) Würden Sie unsere ambulante Rehabilitation weiterempfehlen?

- eindeutig ja ich glaube ja ich glaube nicht eindeutig nicht

12. Fragen für die Statistik

- a) Ihr Geschlecht? weiblich männlich divers
- b) Ihr Alter? _____ Jahre
- c) Welcher Art ist Ihre ambulante Rehabilitation?
- Anschlussheilbehandlung (AHB) Rehabilitation/Heilverfahren Sonstiges (z. B. EAP, Irena)
- d) Wie kommen Sie hauptsächlich in unsere Einrichtung?
- Ich fahre selbst mit dem eigenen Fahrzeug
 Ich werde von Familie bzw. Bekannten gebracht
 Ich benütze öffentliche Verkehrsmittel
 Ich komme mit dem Medizinischen Fahrdienst
 Sonstiges
- e) Wieviel Fahrtzeit benötigen Sie durchschnittlich von Ihrem Zuhause bis zu unserer Einrichtung?
- etwa _____ Minuten
- f) Wie sind Sie auf unsere Einrichtung gekommen? (Bitte nur den wichtigsten Grund nennen)
- Empfehlung meines Haus-/Facharztes
 Empfehlung meines Arztes im Krankenhaus
 Empfehlung des Sozialdienstes im Krankenhaus
 Empfehlung der Krankenkasse
 Empfehlung der Rentenversicherung
 Empfehlung von Familie/Freunden/Bekanntem
 aufgrund eigener guter Erfahrung (frühere Behandlung)
 aufgrund von Presseberichten
 über das Internet
 Sonstiges, nämlich _____

13. Hier können Sie uns abschließend mitteilen, was wir Ihrer Meinung nach verbessern sollten oder auch, was Ihnen besonders gut gefallen hat.

Freiwillige Angaben (Bitte in DRUCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Name:

Telefon:
