

Fragebogen Patientenzufriedenheit Physiotherapie stationär

Name:

Unter folgender Telefonnummer bin ich für Rückfragen erreichbar:

Geschlecht:

weiblich männlich

Alter:

0 bis 10 11 bis 20 21 bis 30 31 bis 40 41 bis 50
 51 bis 60 61 bis 70 71 bis 80 81 bis 90 über 90 Jahre

Art der Behandlung:

- Einzeltherapie
- Gruppentherapie
- Einzel- und Gruppentherapie

- Physiotherapie abgeschlossen
- Ich bin noch in Physiotherapie-Behandlung

In welchem **Physiotherapie-Team** wurden Sie behandelt?

- Respiratory
- Frauenklinik
- Cardio
- Rheuma
- Orthopädie
- Handtherapie
- Lory
- Neuro
- Pädiatrie/Kinderklinik

Aufnahme / Erstkontakt mit Physiotherapeut/in

1. Freundlichkeit, Bereitschaft des Personals, Ihre Fragen zu beantworten und Ihre Erwartungen zu erfüllen:

Hervorragend	Sehr gut	Gut	Genügend	Schlecht	Ich weiss nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ihre Behandlung

2. Fähigkeit Ihres Physiotherapeuten, für Ihr Wohlbefinden zu sorgen und Ihnen wenn nötig Sicherheit zu vermitteln:

Hervorragend	Sehr gut	Gut	Genügend	Schlecht	Ich weiss nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Erklärungen zur Behandlung, die Sie bekamen und zu dem, was man von Ihnen erwartete:

Hervorragend	Sehr gut	Gut	Genügend	Schlecht	Ich weiss nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Am Schluss der Physiotherapie: Qualität der erhaltenen Informationen über das zukünftige Vorgehen:

Hervorragend	Sehr gut	Gut	Genügend	Schlecht	Ich weiss nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Anpassung der Physiotherapie an Ihr spezielles Problem:

Hervorragend	Sehr gut	Gut	Genügend	Schlecht	Ich weiss nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Ihr Gefühl von Sicherheit während der Physiotherapie:

Hervorragend	Sehr gut	Gut	Genügend	Schlecht	Ich weiss nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Örtlichkeiten

7. Erreichbarkeit der Physiotherapie-Abteilung:

Hervorragend	Sehr gut	Gut	Genügend	Schlecht	Ich weiss nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Örtlichkeiten

8. Orientierung in und um die Gebäude herum:

Hervorragend	Sehr gut	Gut	Genügend	Schlecht	Ich weiss nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Komfort, Sauberkeit, Beleuchtung, Temperatur des Raumes, in dem Sie behandelt wurden:

Hervorragend	Sehr gut	Gut	Genügend	Schlecht	Ich weiss nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Ruhe, Intimität, erholsame Atmosphäre in den Physiotherapieräumen:

Hervorragend	Sehr gut	Gut	Genügend	Schlecht	Ich weiss nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GESAMTBEURTEILUNG

11. Wenn Sie Ihre Behandlung mit einem Wort beschreiben müssten:

Hervorragend	Sehr gut	Gut	Genügend	Schlecht	Ich weiss nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wenn Sie wieder Physiotherapie brauchen würden, würden Sie nochmals in unsere Physiotherapie-Abteilung kommen?

Ja, auf jeden Fall	Ja, wahrscheinlich	Vielleicht	Nein, wahrscheinlich nicht	Nein, auf keinen Fall	Ich weiss nicht
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was könnten wir tun, um unsere Leistungen zu verbessern?

.....

Bitte kontrollieren Sie, ob Sie **alle** Fragen beantwortet haben.

Wir danken Ihnen herzlich für Ihre wertvolle Mitarbeit!