

Ihre Meinung interessiert uns!

Unser Ziel ist es, unsere Dienstleistungen kontinuierlich zu verbessern. Ihre Erfahrungen, welche Sie während des Aufenthaltes bei uns gemacht haben, Ihre Bemerkungen und Anregungen sind für uns sehr hilfreich. Danke für Ihre Teilnahme an der Befragung.

Allgemeine Informationen

In welchem Standort des freiburger spitals waren Sie hospitalisiert?

- HFR Billens
- HFR Freiburg – Kantonsspital
- HFR Meyriez-Murten
- HFR Riaz
- HFR Tafers

In welcher Abteilung/Klinik waren Sie hospitalisiert?

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Orthopädie |
| <input type="checkbox"/> Geburtshilfe | <input type="checkbox"/> Pädiatrie |
| <input type="checkbox"/> Geriatrie | <input type="checkbox"/> Intensivstation |
| <input type="checkbox"/> Gynäkologie | <input type="checkbox"/> Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> HNO | <input type="checkbox"/> Rheumatologie |
| <input type="checkbox"/> Medizin | <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

Versicherungsklasse Allgemein Halbprivat Privat

Behandlung auf dem Notfall Ja Nein

Ambulanter oder stationärer Aufenthalt ambulant(< 24 h) stationär (> 24 h)

Persönlicher Eindruck

	--	-	-/+	+	++
Das Behandlungsergebnis entsprach meinen Erwartungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Ängste, Unsicherheiten und Fragen wurden ernst genommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige und Bekannte wurden gemäss meinen Anforderungen/ Wünschen angemessen einbezogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meine Intimsphäre wurde gewahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Aussagen und Informationen der Ärzte und der Pflege waren übereinstimmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Austritt erfolgte aus meiner Sicht zum richtigen Zeitpunkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medizinische Betreuung

	--	-	-/+	+	++
Ich fühlte mich von den Ärzten fachlich gut behandelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Ärzte nahmen sich genügend Zeit, mit mir über meine Krankheit/ meinen Unfall und die Behandlung zu sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde von den Ärzten über die Krankheit/den Unfall und die Therapie verständlich informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde über die Einnahme und den Gebrauch von Medikamenten genügend informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Während meines Spitalaufenthaltes traten unerwartete Komplikationen oder Zwischenfälle auf	Ja	Nein			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Pflegerische Betreuung

	--	-	-/+	+	++
Ich fühlte mich von der Pflege gut betreut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die Pflege nahm sich genügend Zeit, mit mir über meine Krankheit/ meinen Unfall und die Behandlung zu sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Austritt wurde gut organisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gastronomie

	--	-	-/+	+	++
Wie beurteilen Sie die Qualität der Mahlzeiten?					
Waren die Mahlzeiten abwechslungsreich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Präsentation der Mahlzeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls Sie eine Diätkost benötigten, war diese angepasst und entsprach sie Ihren Erwartungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zimmer

	--	-	-/+	+	++
Wie beurteilen Sie:					
die Sauberkeit Ihres Zimmers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Komfort des Bettes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Einrichtung des Zimmers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Empfehlung

	--	-	-/+	+	++
Dieses Spital empfehle ich weiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen in den Briefkasten «Ihre Meinung interessiert uns» beim Empfang oder senden Sie ihn mit der Post an: freiburger spital, Abteilung Qualitätsmanagement, Postfach, 1708 Freiburg. Herzlichen Dank!