

Ihre Meinung ist gefragt!

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir hoffen sehr, dass Sie mit der Behandlung zufrieden waren und wir zu Ihrer Genesung beitragen konnten. Um die Qualität unserer Patientenversorgung kontinuierlich zu verbessern, sind wir auf die Rückmeldungen unserer Patienten angewiesen. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um unsere Fragen zu beantworten. Verbesserungswünsche und Kritik nehmen wir gerne entgegen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Die Mitarbeiter des Brustzentrums und des Gynäkologischen Krebszentrums wünschen Ihnen alles Gute für Ihre weitere Genesung!

Wohin mit dem ausgefüllten Fragebogen?

Bitte werfen Sie diesen Bogen in einen unserer Patientenbriefkästen. Sie finden einen solchen Briefkasten am Empfang und an jedem Knotenpunkt.

Vielen Dank!

Klinikum Starnberg
Oßwaldstraße 1 | 82319 Starnberg
T 08151 18-0 | F 08151 18-2222
www.klinikum-starnberg.de

Stand: Okt. 2020

Beurteilungsbogen

**Brustzentrum und
Gynäkologisches
Krebszentrum Starnberg**



Zertifiziert nach den Kriterien der
Deutschen Krebsgesellschaft und der
Deutschen Gesellschaft für Senologie

Beurteilungsbogen

1. Aufnahme im Klinikum Starnberg ☐ ambulant ☐ stationär
Datum

☐ Brustzentrum ☐ Gynäkologischen Krebszentrum

2. Geschlecht: ☐ weiblich ☐ männlich
Alter (Jahre)

stimme voll zu
stimme eher zu
stimme eher nicht zu
stimme gar nicht zu
nicht in Anspruch
genommen

3. Sie haben zeitnah einen Vorstellungstermin in unserer Sprechstunde erhalten. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

4. Wurde die Diagnose einfühlsam erläutert? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

5. Verschiedene Behandlungsoptionen (Operation, Chemotherapie, Bestrahlung, supportive Therapie) wurden verständlich mit Ihnen besprochen. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

6. Es wurde Ihnen hilfreiches Informationsmaterial ausgehändigt ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

7. Wichtige Untersuchungen wurden in der Sprechstunde mit Ihnen besprochen und Termine zeitnah vereinbart (z.B. Ultraschall, Röntgen, CT/MRT). ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

8. Erfolgte eine ausführliche und verständliche Aufklärung vor den operativen Eingriffen? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

9. Wurden Sie über die verschiedenen Möglichkeiten der operativen Behandlung ausreichend informiert? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

10. Konnten Sie alle Ihnen wichtigen Fragen stellen? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

11. Hatten Sie ausreichend Bedenkzeit? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

12. Sind Sie mit dem operativen Ergebnis zufrieden? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

13. Die Betreuung durch unsere onkologische Pflege in der Ambulanz und im stationären Aufenthalt war hervorragend. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

14. Die Therapieempfehlungen aus unserer interdisziplinären Tumorkonferenz wurden verständlich besprochen (z.B. Hormontherapie, Strahlentherapie, Chemotherapie, Nachsorgeprogramm). ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

15. Wurden feste Termine für die weiteren Therapien vereinbart? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

16. Nur für Brustkrebspatientinnen: Erfolgte die Anpassung eines Stütz-BHs oder einer Prothese falls nötig bereits im stationären Aufenthalt? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

17. Erfolgte die Einleitung der Krankengymnastik bereits während des stationären Aufenthaltes? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

18. Wurden Sie über die Möglichkeit der psychoonkologischen Betreuung informiert? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

19. Wurden Sie über die Möglichkeit der Anschlussheilbehandlungen, Kuren und Selbsthilfegruppen (Sozialdienst) informiert? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

20. Bei Fragen oder Problemen konnten sie sich an einen Ansprechpartner unserer Klinik wenden. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

21. Befunde und Arztbriefe haben Sie und Ihre weiterbehandelnden Ärzte zeitnah von uns erhalten. ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

22. Waren Sie mit der Wahrung Ihrer Privatsphäre in unserem Haus zufrieden? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

23. Würden Sie sich auch in Zukunft wieder bei uns behandeln lassen? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

24. Würden Sie uns auch einer Freundin oder Angehörigen weiterempfehlen? ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

25. Haben Sie noch weitere Anregungen, Lob oder Kritik für uns? (ggf. Rückseite verwenden):

.....

.....

.....