

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: Februar 2018

Beurteilungsbogen

Brustzentrum und
Gynäkologisches
Krebszentrum Starnberg



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



Klinikum
Starnberg

Beurteilungsbogen

1. Aufnahme im Klinikum Starnberg ambulant stationär
Datum

Brustzentrum Gynäkologischen Krebszentrum

2.
Alter (Jahre) Geschlecht: weiblich männlich

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

	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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wurde die Diagnose einfühlbar erläutert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verschiedene Behandlungsoptionen (Operation, Chemotherapie, Bestrahlung, supportive Therapie) wurden verständlich mit Ihnen besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Es wurde Ihnen hilfreiches Informationsmaterial ausgehändigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Wichtige Untersuchungen wurden in der Sprechstunde mit Ihnen besprochen und Termine zeitnah vereinbart (z.B. Ultraschall, Röntgen, CT/MRT).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Erfolgte eine ausführliche und verständliche Aufklärung vor den operativen Eingriffen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Wurden Sie über die verschiedenen Möglichkeiten der operativen Behandlung ausreichend informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Konnten Sie alle Ihnen wichtigen Fragen stellen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Hatten Sie ausreichend Bedenkzeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sind Sie mit dem operativen Ergebnis zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Betreuung durch unsere onkologische Pflege in der Ambulanz und im stationären Aufenthalt war hervorragend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Die Therapieempfehlungen aus unserer interdisziplinären Tumorkonferenz wurden verständlich besprochen (z.B. Hormontherapie, Strahlentherapie, Chemotherapie, Nachsorgeprogramm).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Wurden feste Termine für die weiteren Therapien vereinbart?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nur für Brustkrebspatientinnen: Erfolgte die Anpassung eines Stütz-BHs oder einer Prothese falls nötig bereits im stationären Aufenthalt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Erfolgte die Einleitung der Krankengymnastik bereits während des stationären Aufenthaltes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Wurden Sie über die Möglichkeit der psychoonkologischen Betreuung informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wurden Sie über die Möglichkeit der Anschlussheilbehandlungen, Kuren und Selbsthilfegruppen (Sozialdienst) informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Bei Fragen oder Problemen konnten sie sich an einen Ansprechpartner unserer Klinik wenden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Befunde und Arztbriefe haben Sie und Ihre weiterbehandelnden Ärzte zeitnah von uns erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Waren Sie mit der Wahrung Ihrer Privatsphäre in unserem Haus zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Würden Sie sich auch in Zukunft wieder bei uns behandeln lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Würden Sie uns auch einer Freundin oder Angehörigen weiterempfehlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

.....

.....

.....