



## Fragen zu Ihrer Zufriedenheit

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir arbeiten stetig am Wohlbefinden unserer Patienten und wollen uns kontinuierlich verbessern. Hierzu bitten wir Sie um Ihr **anonymes Feedback**. Wir bedanken uns für Ihr Vertrauen und wünschen Ihnen von Herzen eine Gute Genesung!

1	Wie lange haben Sie nach der Anmeldung in unserer Praxis ungefähr <b>auf das Narkosegespräch</b> gewartet?	<15 Min. <input type="checkbox"/>	15-30 Min. <input type="checkbox"/>	30-60 Min. <input type="checkbox"/>	>60 Min. <input type="checkbox"/>
2	Wie empfanden Sie die <b>Aufklärung und die Informationen im Narkosegespräch</b> sowie das Informationsmaterial?	Sehr gut <input type="checkbox"/>	gut <input type="checkbox"/>	ausreichend <input type="checkbox"/>	schlecht <input type="checkbox"/>
3	Wie viel <b>Angst vor der Narkose</b> hatten Sie <b>VOR</b> dem Aufklärungsgespräch?	keine Angst <input type="checkbox"/>	kaum Angst <input type="checkbox"/>	deutlich Angst <input type="checkbox"/>	sehr viel Angst <input type="checkbox"/>
	Wie viel <b>Angst vor der Narkose</b> hatten Sie <b>NACH</b> dem Aufklärungsgespräch?	keine Angst <input type="checkbox"/>	kaum Angst <input type="checkbox"/>	deutlich Angst <input type="checkbox"/>	sehr viel Angst <input type="checkbox"/>
	Wie viel <b>Angst vor Schmerzen</b> hatten Sie <b>NACH</b> dem Aufklärungsgespräch?	keine Angst <input type="checkbox"/>	kaum Angst <input type="checkbox"/>	deutlich Angst <input type="checkbox"/>	sehr viel Angst <input type="checkbox"/>
4	Wurde bei Ihnen eine <b>Regionalanästhesie</b> (ggf. zusätzlich zur Vollnarkose) durchgeführt?	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>		
	Wenn ja, wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der <b>Regionalanästhesie</b> ?	Sehr zufrieden <input type="checkbox"/>	zufrieden <input type="checkbox"/>	unzufrieden <input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden <input type="checkbox"/>
5	Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der <b>Betreuung vor Ihrer Narkose und danach</b> in unserem <b>Aufwachraum</b> ?	Sehr zufrieden <input type="checkbox"/>	zufrieden <input type="checkbox"/>	unzufrieden <input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden <input type="checkbox"/>
6	Gab es aus Ihrer Sicht <b>Beschwerden nach der Narkose</b> (z.B. starkes Zittern, Frieren, Übelkeit, Halsschmerzen, Heiserkeit oder Schluckbeschwerden)?	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	wenn ja, welche?	
7	Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der <b>Schmerztherapie</b> nach der Narkose?	Sehr zufrieden <input type="checkbox"/>	zufrieden <input type="checkbox"/>	unzufrieden <input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden <input type="checkbox"/>
8	Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit Ihrer <b>Narkose und unserem Team</b> ?	Sehr zufrieden <input type="checkbox"/>	zufrieden <input type="checkbox"/>	unzufrieden <input type="checkbox"/>	sehr unzufrieden <input type="checkbox"/>
	Haben sie sich rundum <b>geborgen und sicher</b> gefühlt?	Rundum sicher <input type="checkbox"/>	sicher <input type="checkbox"/>	unsicher <input type="checkbox"/>	sehr unsicher <input type="checkbox"/>
9	<b>Wie fit</b> haben Sie <b>Sich zum Entlassungszeitpunkt</b> gefühlt?	Sehr fit <input type="checkbox"/>	weitgehend fit <input type="checkbox"/>	schlapp <input type="checkbox"/>	sehr schlecht <input type="checkbox"/>
10	Würden Sie unsere <b>Praxis für Anästhesiologie</b> an Angehörige oder Freunde <b>weiterempfehlen</b> ?	ja, vorbehaltlos <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	vielleicht <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
11	Was hat Ihnen <b>gut gefallen</b> ? Was würden Sie sich zukünftig <b>von uns wünschen</b> ?				