

# RAUM FÜR WEITERE ANMERKUNGEN

Bei Kritik bitten wir um eine kurze Erläuterung. Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

---

---

---

---

---

---

---

---

## KONTAKT

**Doris Herting**

**Heike Schöneberg**

Bewertungsmanagement

Telefon: 0 29 21 / 391 - 641 66

E-Mail: [bewertungen.soest@hospitalverbund.de](mailto:bewertungen.soest@hospitalverbund.de)

Marienkrankenhaus Soest

Widumgasse 5

59494 Soest

Das Marienkrankenhaus Soest ist Teil des **Katholischen Hospitalverbundes Hellweg**.  
Weitere Informationen dazu finden Sie im Internet unter [www.hospitalverbund.de](http://www.hospitalverbund.de)



**KATHOLISCHER  
HOSPITALVERBUND  
HELLWEG**

Stand 8/2024



**MARIEN  
KRANKENHAUS  
SOEST**



## IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG

GEBEN SIE UNS GERNE IHRE RÜCKMELDUNG  
ZU IHREM AUFENTHALT

LIEBE PATIENTIN, LIEBER PATIENT.

Ihre Meinung, Ihre Anregung, Ihre Beschwerde und auch Ihr Lob sollen uns helfen, die Leistungen für Sie weiter zu verbessern. Darum ist Ihre Rückmeldung für uns sehr wichtig. Das ausgefüllte Formular können Sie in den Briefkasten an der Pforte einwerfen oder bei unseren Mitarbeitern abgeben. Gerne können Sie uns auch persönlich ansprechen (unsere Ansprechpartnerin finden Sie auf der Rückseite).

FREIWILLIGE ANGABEN ZUR PERSON

Name: \_\_\_\_\_

Ebene: \_\_\_\_\_ Rückmeldung erwünscht

Ich bin:  Patient/in  Angehörige/r  Besucher/in  Sonstige Person

ERLÄUTERUNG DER BEWERTUNG

1 = sehr gut 2 = gut 3 = befriedigend 4 = ausreichend 5 = mangelhaft

BEWERTUNG

Haben Sie unsere Mitarbeiter/ innen freundlich und zuvorkommend erlebt?

Ärzte: 1 2 3 4 5
Pflege: 1 2 3 4 5
Sonstige \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5

Wie haben Sie die Kompetenz unserer Mitarbeiter/innen empfunden?

Ärzte: 1 2 3 4 5
Pflege: 1 2 3 4 5
Sonstige \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5

Sind evtl. aufgetretene Fragen zu Ihrer Zufriedenheit beantwortet worden?

Ärzte: 1 2 3 4 5
Pflege: 1 2 3 4 5
Sonstige \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5

Wie zufrieden waren Sie mit der Aufnahme in unserem Haus?

Ärzte: 1 2 3 4 5
Pflege: 1 2 3 4 5
Sonstiges \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5

Fühlten Sie sich während Ihres Aufenthaltes über die Abläufe Ihrer Behandlung ausreichend informiert?

1 2 3 4 5

Wie haben Sie die Qualität der Hygiene empfunden?

1 2 3 4 5

Wie beurteilen Sie die Ausstattung in unserem Haus?

Zimmer: 1 2 3 4 5
Sonstiges \_\_\_\_\_ 1 2 3 4 5

Wie haben Sie die Qualität des Essens empfunden?

1 2 3 4 5

Wie empfanden Sie die Unterstützung durch unseren Sozialdienst/Pflegeüberleitung?

1 2 3 4 5
 Nicht beansprucht

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

Ja  Nein