

Bewohner-/Angehörigenbefragung

Bitte kreuzen Sie an, so wie Sie meinen, dass es eher zutrifft bzw. eher nicht zutrifft **und** wie wichtig bzw. nicht wichtig Ihnen diese Frage ist.

Also, zu jeder Frage machen Sie bitte zwei Kreuze. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, so können Sie diese auch einfach überspringen.

	Bewertung		und	Gewichtung	
	Trifft zu	Trifft nicht zu		wichtig	Nicht wichtig
1. Wenn ich ein Problem habe, nimmt sich ein Mitarbeiter Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wenn ich einen Wunsch äußere, versucht man darauf einzugehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Bevor die Mitarbeiter das Zimmer betreten, klopfen/klingeln sie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wenn ich gewaschen werde, ist die Zimmertür zu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich kann jederzeit auf meinem Zimmer Besuch empfangen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich kann mein Zimmer mit eigenen Möbeln und persönlichen Gegenständen einrichten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ich kann selbst entscheiden, wann ich abends zu Bett gehen will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich kann abends so lange fernsehen oder Radio hören, wie ich will.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich bin mit dem Essen zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich kenne die Mitarbeiter, mit denen ich es zu tun habe, dem Namen nach.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Die Mitarbeiter nehmen sich Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kunden-/Angehörigenbefragung in ambulanten Diensten

Bitte kreuzen Sie an, so wie Sie meinen, dass es eher zutrifft bzw. eher nicht zutrifft **und** wie wichtig bzw. nicht wichtig Ihnen diese Frage ist.

Also, zu jeder Frage machen Sie bitte zwei Kreuze. Sollten Sie einzelne Fragen nicht beantworten können oder wollen, so können Sie diese auch einfach überspringen.

	Bewertung		und	Gewichtung	
	Trifft zu	Trifft nicht zu		wichtig	Nicht wichtig
1. Den ambulanten Dienst kann ich jederzeit (Tag und Nacht) erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ich habe schriftliche Unterlagen, in denen alles Wichtige über den ambulanten Dienst steht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Wenn ich Fragen zum Vertrag habe, werden mir diese beantwortet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich bin zu Beginn der Zusammenarbeit ausführlich über alles Wichtige informiert worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich erhalte die Leistungen zum vereinbarten Zeitpunkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ich werde bei verspäteten Hausbesuchen rechtzeitig informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Mitarbeiter sind hilfsbereit und höflich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wenn ich Fragen zur Dienstleistung habe, werden sie mir genau beantwortet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die Mitarbeiter nehmen sich im Rahmen der vereinbarten Dienstleistung Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Dienstleistungen erhalte ich überwiegend durch dieselben Mitarbeiter.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ist mir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bewohner-/Angehörigenbefragung

Auf dieser Seite können Sie Ihre persönlichen Anmerkungen machen. Ihre Anmerkungen werden von IQD abgeschrieben und der Einrichtung zur Verfügung gestellt.

Das Original wird von IQD vernichtet.

Was mir gut gefällt:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Was verbesserungswürdig ist:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....