

Institut für Experimentelle
 Hämatologie und Transfusionsmedizin
 (IHT)

Sigmund-Freud-Straße 25

53127 Bonn

Datum: _____

Wie zufrieden sind Sie mit uns?

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Um unsere Leistungen Ihnen gegenüber zu verbessern, möchten wir Sie bitten, uns auf diesem Fragebogen einige Fragen zu beantworten. Die Befragung erfolgt anonym.

- männlich weiblich
 unter 18 J 18 - 50 J. 51 - 65 J > 65 J

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage nur eine Antwort an. Bewerten Sie Ihre Eindrücke nach Schulnoten.

Hierbei entspricht:

1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = schlecht, 6 = sehr schlecht

	1	2	3	4	5	6
Terminvergabe, auch telefonisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit / Hilfsbereitschaft des Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartezeiten - vor der Anmeldung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- nach der Anmeldung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit / Hilfsbereitschaft des Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausreichend Zeit für Beantwortung Ihrer Fragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurden Ihre Fragen zu Ihrer Zufriedenheit beantwortet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetenz des ärztlichen Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetenz des Pflege-/ med.-techn. Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit bis schriftliche Befundung/Begutachtung vorliegt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeit bis zur Übermittlung der Laborergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wird Ihr Gerinnungsfaktor zeitnah zur Verfügung gestellt? (vor Ort bzw. auch per Zustellung?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kompetenz des Lagerpersonals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Hilfe.