

Sehr geehrte/r Angehörige/r, liebe/r Bewohner/in,

wir freuen uns, Sie in unserem Hause begrüßen zu dürfen und hoffen, Sie haben sich bisher gut eingelebt.

Im Rahmen unseres kontinuierlichen Verbesserungsprozesses möchten wir nun gern von Ihnen wissen, ob bisher alles zu Ihrer Zufriedenheit verlaufen ist und ob Sie bzw. Ihr/e Angehörige/r sich gut eingewöhnt haben. Aus diesem Grund haben wir einen kurzen Fragebogen vorbereitet.

Bitte geben Sie den ausgefüllten Bogen bei Ihrem nächsten Besuch im Klarastift bei der Heimaufnahme oder am Empfang ab oder senden Sie ihn an die Altenzentrum Klarastift gGmbH (z. Hd. Frau Rinelli), Andreas-Hofer-Straße 70, 48145 Münster.

Ihre volle Zufriedenheit ist uns wichtig und daher würden wir gerne ungelöste Probleme beseitigen oder Versäumnisse umgehend nachholen.

Dazu bitten wir Sie um Angabe Ihres Namens und des Zugehörigkeitsbereichs.

1. Allgemeines

a) Name, Vorname

Bewohner / in Angehöriger/ r von

Wohnbereich: WB I / II WB III

2. Integration

Haben Sie Ihre Wohnbereichsleitung kennen gelernt und wissen Sie, an wen Sie sich bei Bedarf wenden können? ja nein

Kennen Sie Ihre Bezugspflegekraft? ja nein

Hatten Sie bei der Einrichtung Ihres Zimmers Mitgestaltungsmöglichkeiten? ja nein

Finden Sie sich in Ihrem Wohnbereich zurecht? ja nein

Können Sie sich allgemein in der Einrichtung orientieren? ja nein

Waren Sie bisher mit uns zufrieden? - Wir freuen uns auf Ihre Meinung



3. Wie zufrieden sind Sie mit...

(1= sehr zufrieden; 6=sehr unzufrieden)

	1	2	3	4	5	6
... mit der Beratung und Information bei Heimaufnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der pflegerischen Versorgung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der medizinischen / ärztlichen Versorgung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Speiserversorgung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Wäscheversorgung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Reinigung des Zimmers?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Betreuungsangeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Eingewöhnungszeit?

(1= sehr zufrieden; 6=sehr unzufrieden)

1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Möchten Sie uns noch etwas mitteilen? Wir freuen uns auf Ihre Anregungen.

Datum:

Herzlichen Dank für Ihre Zusammenarbeit!

*zur internen Weiterbearbeitung:
Weiterleitung an den zuständigen Bereich / Verantwortlichen für die Umsetzung*

Eingeleitete Maßnahmen:

Datum, Unterschrift des Verantwortlichen: _____

Bitte um Rückgabe an die Heimaufnahme zur Ablage