

Bitte denken Sie zunächst an die Zeit zurück, als der Pflegedienst noch nicht zu Ihrer/Ihrem Angehörigen gekommen ist.

Wer ist damals zuerst auf die Idee gekommen, einen Pflegedienst zu nehmen?

Sie können mehrere Kreuze machen.

- Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger selbst
- Sie selbst, andere Familienangehörige, Freunde
- Ärztin/Arzt, Krankenhaus
- jemand anderes:
bitte eintragen

Wer hat sich damals danach umgehört, welche Pflegedienste in Frage kommen?

Sie können mehrere Kreuze machen.

- Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger selbst
- Sie selbst, Familienangehörige, Freunde
- Ärztin/Arzt, Krankenhaus
- jemand anderes:
bitte eintragen

Wer hat damals den jetzigen Pflegedienst ausgewählt?

Sie können mehrere Kreuze machen.

- Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger selbst
- Sie selbst, Familienangehörige, Freunde
- Ärztin/Arzt, Krankenhaus
- jemand anderes:
bitte eintragen

Haben Sie sich bei der Auswahl des jetzigen Pflegedienstes von Ihrer Krankenkasse beraten lassen?

- ja
- nein

Haben Sie sich bei der Auswahl des jetzigen Pflegedienstes von einer anderen Einrichtung beraten lassen?

Z.B. Kirchengemeinde,
Selbsthilfegruppe, Bürgerbüro,
Nachbarschaftshilfe o.ä.

- ja
- nein

Seit wann kommt der jetzige Pflegedienst zu Ihrer/Ihrem Angehörigen?

- weniger als ein Jahr
- ein bis zwei Jahre
- mehr als zwei Jahre

Wir bitten Sie nun, die Leistungen des Pflegedienstes zu bewerten.

	sehr gut	eher gut	mittel-mäßig	eher schlecht	sehr schlecht	weiß nicht
Beispiel: Bitte kreuzen Sie an, z.B. so:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte bewerten Sie ...

<p>... das Leistungsangebot des Pflegedienstes z.B. wie umfassend das Leistungsangebot ist; ob alle Hilfeleistungen angeboten werden, die Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger benötigt</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>... die Informationen, die Sie vom Pflegedienst erhalten z.B. wie gut Ihnen das Pflegekonzept, das Leistungsangebot, die Kostenübernahme usw. erklärt werden</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>... die Erreichbarkeit des Pflegedienstes z.B. wie gut Sie jemanden sprechen können, egal, wann Sie anrufen</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>... die Beratung durch den Pflegedienst, als der Pflegedienst ausgesucht wurde</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>... die Kontinuität der Betreuung z.B. wie kontinuierlich immer dieselben Pflegekräfte zu Ihnen kommen</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>... die Dauer der Besuche der Pflegekräfte z.B. wie gut die Zeit ausreicht, die sich die Pflegekräfte für die Leistungen nehmen</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht	weiß nicht
... Ihre Möglichkeiten mitzubestimmen, wann die Pflegekräfte zu Ihrer/Ihrem Angehörigen kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... das Eingehen der Pflegekräfte auf Ihre Wünsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... das Eingehen der Pflegekräfte auf Ihre Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Pünktlichkeit der Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Verlässlichkeit der Pflegekräfte in einer Notlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Sorgfalt, mit der die Pflegekräfte arbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... das Einhalten von Absprachen, die Sie mit den Pflegekräften getroffen haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Freundlichkeit und Höflichkeit der Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Gespräche mit den Pflegekräften z.B. wie gut Sie verstehen, was die Pflegekräfte Ihnen sagen, wie gut die Pflegekräfte Ihnen zuhören usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... den Respekt der Pflegekräfte Ihrer/Ihrem Angehörigen gegenüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Möglichkeiten mitzubestimmen, welche Pflegekräfte zu Ihrer/Ihrem Angehörigen kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr gut	eher gut	mittel-mäßig	eher schlecht	sehr schlecht	weiß nicht
... die Gespräche mit den Pflegekräften über die Zukunft Ihrer/Ihres Angehörigen z.B. wie intensiv Sie sich über die Gestaltung der kommenden Tage, Wochen und Monate unterhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Sicherheit Ihres/Ihrer Angehörigen z.B. Vermeidung von Stürzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... das Preis-Leistungs-Verhältnis des Pflegedienstes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Versorgung Ihres/Ihrer Angehörigen durch den Pflegedienst insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Vertrauenswürdigkeit der Pflegekräfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Beziehung Ihrer/Ihres Angehörigen zu den Pflegekräften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Unterstützung des Pflegedienstes bei Kontakten z.B. zu Verwandten und Bekannten; Kontaktaufnahme mit anderen Personen und Gruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Selbstständigkeit Ihrer/Ihres Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Aktivität und Agilität Ihrer/Ihres Angehörigen – egal, ob körperlich oder geistig z.B. wie häufig sich Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger mit Dingen beschäftigt, die ihr/ihm Spaß machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Entlastung durch den Pflegedienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Leistungen des Pflegedienstes:

Wünschen Sie weitere Leistungen des Pflegedienstes – auch gegen eigene Rechnung?

Bitte schreiben Sie hier auf, welche Leistungen Sie wünschen und ob Sie bzw. Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger bereit wären, die Kosten dafür selbst zu übernehmen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Einmal angenommen, Sie würden sich über den Pflegedienst ärgern.

Was würden Sie tun?

Sie können mehrere Kreuze machen.

- Wahrscheinlich würde ich nichts tun.
- Ich würde (andere) Verwandte oder Bekannte bitten, etwas zu unternehmen.
- Ich würde mich bei der Krankenkasse beschweren.
- Ich würde mit jemandem vom Pflegedienst sprechen und diese Person bitten, etwas zu unternehmen.
- Ich würde mich schriftlich beim Pflegedienst beschweren.
- Ich würde den Pflegedienst wechseln.
- Weiß nicht.

Zum Abschluss noch einige Fragen zu Ihrer/Ihrem Angehörigen:

Wie ist Ihre Angehörige/
Ihr Angehöriger?

..... Jahre

Das Geschlecht Ihrer/Ihres
Angehörigen?

Frau

Mann

Welche Pflegestufe trifft auf
Ihre/Ihren Angehörigen zu?

Pflegestufe 1

Pflegestufe 2

Pflegestufe 3

keine Pflegestufe

Was hat Ihre Angehörige/Ihr
Angehöriger früher gemacht: Welche
Tätigkeiten oder Berufe hat sie/er
ausgeübt?

.....

.....

.....

