

**Bitte denken Sie zunächst an die Zeit zurück, als der Pflegedienst noch nicht zu Ihnen gekommen ist.**

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

Sie können mehrere Kreuze machen.

- Sie selbst
- 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.

- Sie selbst
- Familienangehörige, Freunde
- Ärztin/Arzt, Krankenhaus
- jemand anderes:  
bitte eintragen .....

**Wer hat damals Ihren jetzigen Pflegedienst ausgewählt?**

Sie können mehrere Kreuze machen.

- Sie selbst
- Familienangehörige, Freunde
- Ärztin/Arzt, Krankenhaus
- jemand anderes:  
bitte eintragen .....

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

- ja
- nein

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

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

- ja
- nein

**Seit wann kommt Ihr jetziger Pflegedienst zu Ihnen?**

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

**Wir bitten Sie nun, die Leistungen Ihres Pflegedienstes zu bewerten.**

	sehr gut	eher gut	mittel-mäßig	eher schlecht	sehr schlecht	weiß nicht
<b>Beispiel:</b> 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 ...**

<b>... das Leistungsangebot Ihres Pflegedienstes</b> z.B. wie umfassend das Leistungsangebot ist; ob alle Hilfeleistungen angeboten werden, die Sie benötigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... die Informationen, die Sie von Ihrem Pflegedienst erhalten</b> z.B. wie gut Ihnen das Pflegekonzept, das Leistungsangebot, die Kostenübernahme usw. erklärt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... die Erreichbarkeit Ihres Pflegedienstes</b> z.B. wie gut Sie jemanden sprechen können, egal, wann Sie anrufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... die Beratung durch Ihren Pflegedienst, als Sie den Pflegedienst ausgesucht haben</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... die Kontinuität Ihrer Betreuung</b> z.B. wie kontinuierlich immer dieselben Pflegekräfte zu Ihnen kommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... die Dauer der Besuche der Pflegekräfte</b> z.B. wie gut die Zeit ausreicht, die sich die Pflegekräfte für Ihre Leistungen nehmen	<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
<b>... Ihre Möglichkeiten mitzubestimmen, wann die Pflegekräfte zu Ihnen kommen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... das Eingehen der Pflegekräfte auf Ihre Wünsche</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... das Eingehen der Pflegekräfte auf Ihre Beschwerden</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... die Pünktlichkeit der Pflegekräfte</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... die Verlässlichkeit der Pflegekräfte in einer Notlage</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... die Sorgfalt, mit der die Pflegekräfte arbeiten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... das Einhalten von Absprachen, die Sie mit den Pflegekräften getroffen haben</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... die Freundlichkeit und Höflichkeit der Pflegekräfte</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... die Gespräche mit den Pflegekräften</b> 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"/>
<b>... den Respekt der Pflegekräfte Ihnen gegenüber</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... Ihre Möglichkeiten mitzubestimmen, welche Pflegekräfte zu Ihnen kommen</b>	<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
<b>... die Gespräche mit den Pflegekräften über Ihre Zukunft</b> 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"/>
<b>... Ihre Sicherheit</b> z.B. Vermeidung von Stürzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... das Preis-Leistungs-Verhältnis Ihres Pflegedienstes</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... Ihre Versorgung durch Ihren Pflegedienst insgesamt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... die Vertrauenswürdigkeit der Pflegekräfte</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... Ihre Beziehung zu den Pflegekräften</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... die Unterstützung Ihres Pflegedienstes bei Kontakten</b> 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"/>
<b>... Ihre Selbstständigkeit</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... Ihre Aktivität und Agilität – egal, ob körperlich oder geistig</b> z.B. wie häufig Sie sich mit Dingen beschäftigen, die Ihnen Spaß machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>... Ihr Wohlbefinden insgesamt</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Weitere Leistungen Ihres Pflegedienstes:

### **Wünschen Sie weitere Leistungen Ihres Pflegedienstes – auch gegen eigene Rechnung?**

Bitte schreiben Sie hier auf, welche Leistungen Sie sich wünschen und ob Sie bereit wären, die Kosten dafür selbst zu übernehmen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Einmal angenommen, Sie würden sich über Ihren Pflegedienst ärgern.

### **Was würden Sie tun?**

Sie können mehrere Kreuze machen.

- Wahrscheinlich würde ich nichts tun.**
- Ich würde 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 Person:

Wie alt sind Sie? ..... Jahre

Ihr Geschlecht?  Frau  
 Mann

Leben in Ihrem Haushalt noch weitere Personen?  Ja, außer mir noch ..... Personen.  
 Nein.

Welche Pflegestufe trifft auf Sie zu?  Pflegestufe 1  
 Pflegestufe 2  
 Pflegestufe 3  
 keine Pflegestufe

Was haben Sie früher gemacht:  
Welche Tätigkeiten oder Berufe  
haben Sie ausgeübt?

.....  
.....  
.....

Wie haben Sie diesen Fragebogen  
beantwortet und ausgefüllt?

Ich habe alle Fragen selbst beantwortet und den Fragebogen auch alleine ausgefüllt.  
 Ich habe alle Fragen selbst beantwortet, ich habe mir aber beim Antworten und/oder beim Ausfüllen des Fragebogens von jemand anderem helfen lassen.

Falls Ihnen beim Beantworten  
und/oder Ausfüllen geholfen wurde:  
Wer hat Ihnen geholfen?

Familienangehörige/Familienangehöriger  
 Bekannte/Bekannter  
 Mitarbeiterin/Mitarbeiter des Pflegedienstes  
 jemand anderes:  
bitte eintragen .....

