

Bitte denken Sie zunächst an die Zeit zurück, als Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger noch nicht im Pflegeheim gewohnt hat.

Wer ist damals zuerst auf die Idee gekommen, ein Pflegeheim zu suchen?

Sie können mehrere Kreuze machen.

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

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

Sie können mehrere Kreuze machen.

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

Wer hat damals das jetzige Pflegeheim ausgewählt?

Sie können mehrere Kreuze machen.

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

Seit wann lebt Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger in diesem Pflegeheim?

- seit weniger als einem Jahr
- seit ein bis zwei Jahren
- seit mehr als zwei Jahren

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

	sehr gut	eher gut	mittelmäßig	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 ...

... die Wohnbedingungen z.B. Zimmereinrichtung, Gemeinschaftsräume, sanitäre Einrichtungen, Aufzüge	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... die Mahlzeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... die Rechnungen des Pflegeheims z.B. wie verständlich die Rechnungen sind	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... die Beratung, als das Pflegeheim ausgesucht wurde	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... die Informationen, die Sie vom Pflegeheim erhalten z.B. wie gut Ihnen alles erklärt wird	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... die seelsorglichen und gottesdienstlichen Angebote des Pflegeheims	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>

	sehr gut	eher gut	mittel- mäßig	eher schlecht	sehr schlecht	weiß nicht
Bitte bewerten Sie ...						
... das Eingehen des Pflegeheims auf Ihre Wünsche	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... das Eingehen des Pflegeheims auf die Wünsche Ihrer/Ihres Angehörigen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... das Eingehen der Pflegekräfte auf Ihre Beschwerden/Kritik	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... das Eingehen der Pflegekräfte auf die Beschwerden/Kritik Ihrer/Ihres Angehörigen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... das Einhalten von Absprachen, die Sie mit den Pflegekräften getroffen haben	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... die Reaktion der Pflegekräfte auf Ihre/Ihren Angehörigen in dringenden Fällen z.B. bei Klingelzeichen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... die Verlässlichkeit der Pflegekräfte in einer Notlage z.B. bei einem Sturz	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... die Freundlichkeit und Höflichkeit der Pflegekräfte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... den Kontakt mit den Pflegekräften z.B. wie angenehm und unkompliziert der Kontakt ist	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>

	sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht	weiß nicht
Bitte bewerten Sie ...						
... die Zuwendung der Pflegekräfte gegenüber Ihrer/Ihrem Angehörigen z.B. wie gut die Zeit ausreicht, die sich die Pflegekräfte für Ihre Angehörige/Ihren Angehörigen nehmen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... die Zuständigkeiten für die Pflege Ihrer/Ihres Angehörigen z.B. wie gut Ihnen klar ist, wer für welche Angelegenheiten zuständig ist oder ob es für Sie einen speziellen Ansprechpartner gibt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... die Zuwendung des speziellen Ansprechpartners Ihnen gegenüber z.B. wie gut die Zeit ausreicht, die Sie über Ihre Pflege sprechen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... die Versorgung Ihrer/Ihres Angehörigen insgesamt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... die Möglichkeiten, für Ihre Angehörige/Ihren Angehörigen ihre/seine individuellen Gewohnheiten auszuleben z.B. morgens ausschlafen, abends spät zu Bett gehen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>

	sehr gut	eher gut	mittel- mäßig	eher schlecht	sehr schlecht	weiß nicht
Bitte bewerten Sie ...						
... die Vertrauenswürdigkeit der Pflegekräfte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... die Beziehung Ihrer/Ihres Angehörigen zu den Pflegekräften z.B. wie stark sie in einer angenehmen Beziehung miteinander verbunden sind	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... die zwischenmenschliche Atmosphäre im Pflegeheim insgesamt z.B. wie gut man miteinander umgeht	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... Ihre Sicherheit Ihrer/Ihres Angehörigen, seitdem sie/er im Pflegeheim lebt	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... die Unterstützung des Pflegeheims bei Kontakten z.B. wie gut das Pflegeheim Ihrer/Ihrem Angehörigen hilft, Kontakte zu Verwandten und Bekannten zu halten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... Ihre persönliche Situation, seitdem Ihre Angehörige/Ihr Angehöriger im Pflegeheim lebt – unter den gegebenen Umständen z.B. wie stark Sie sich entlastet fühlen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>

Einmal angenommen, Sie würden sich über das Pflegeheim 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 mit irgend jemandem vom Pflegeheim sprechen und diese Person bitten, etwas zu unternehmen.
- Ich würde mich schriftlich beim Pflegeheim beschweren.
- Ich würde das Pflegeheim wechseln.
- Ich weiß nicht.

Zum Abschluss noch einige Fragen zu Ihrer/Ihrem Angehörigen:

Wie alt ist Ihre Angehörige/
Ihr Angehöriger?

..... Jahre

Das Geschlecht Ihrer/Ihres
Angehörigen?

- Frau
- Mann

Welche Pflegestufe
trifft auf sie/ihn 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?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Weitere Kommentare:

Haben Sie noch Vorschläge oder weitere Anmerkungen zum Pflegeheim oder zu diesem Fragebogen?
Bitte schreiben Sie diese hier auf.

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

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!