

Bitte denken Sie zunächst an die Zeit zurück, als Sie noch nicht im Pflegeheim gewohnt haben.

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

Sie können mehrere Kreuze machen.

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

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

Sie können mehrere Kreuze machen.

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

Wer hat damals das jetzige Pflegeheim ausgewählt?

Sie können mehrere Kreuze machen.

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

Seit wann leben Sie in diesem Pflegeheim?

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

Wir bitten Sie nun, die Leistungen Ihres 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 ...

... Ihre 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 Ihres 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 Sie das Pflegeheim ausgesucht 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 Informationen, die Sie von Ihrem 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"/>
... Ihre Möglichkeiten, den Tagesablauf mitzubestimmen z.B. wann Sie gepflegt werden, wann Anwendungen stattfinden	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 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"/>

	sehr gut	eher gut	mittel- mäßig	eher schlecht	sehr schlecht	weiß nicht
Bitte bewerten Sie ...						
... 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 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 Sie 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"/>
... die Zuwendung der Pflegekräfte z.B. wie gut die Zeit ausreicht, die sich die Pflegekräfte für Sie 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 Ihre Pflege 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"/>

	sehr gut	eher gut	mittel- mäßig	eher schlecht	sehr schlecht	weiß nicht
Bitte bewerten Sie ...						
... das Eingehen Ihres speziellen Ansprechpartners auf Sie z.B. wie gut sich Ihr spezieller Ansprechpartner um Ihre Wünsche kümmert	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 Ihres speziellen Ansprechpartners 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"/>
... Ihre Versorgung 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, Ihre 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"/>
... das Leben in Ihrem Pflegeheim z.B. wie behaglich Sie es finden	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	- <input type="checkbox"/>
... 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"/>
... Ihre Beziehung zu den Pflegekräften z.B. wie stark Sie in einer angenehmen Beziehung mit den Pflegekräften 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"/>

	sehr gut	eher gut	mittelmäßig	eher schlecht	sehr schlecht	weiß nicht
--	----------	----------	-------------	---------------	---------------	------------

Bitte bewerten Sie ...

... Ihre Sicherheit, seitdem Sie im Pflegeheim leben	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 Ihres Pflegeheims bei Kontakten z.B. wie gut Ihnen Ihr Pflegeheim 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"/>
... Ihr Lebensgefühl, seitdem Sie im Pflegeheim leben z.B. wie stark Ihr Gefühl ist, mehr vom Leben zu haben	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 Ihr Pflegeheim 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 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 Person:

Wie alt sind Sie? Jahre

Ihr Geschlecht? Frau
 Mann

Haben Sie Familienangehörige? Ja
 Nein

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

Was habe 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
- Freundinnen/Freunde oder Bekannte
- Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter des Pflegedienstes
- jemand anderes:
bitte eintragen

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!