



Einweiserbefragung

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

wir nehmen Ihre Meinung ernst und prüfen, was wir verbessern können. Dieser Vordruck gibt Ihnen die Gelegenheit, Kritik oder auch Lob zu äußern, wozu wir Sie ausdrücklich auffordern möchten.

Wir behandeln Ihre Angaben streng vertraulich.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, diesen Fragebogen auszufüllen und senden Sie uns diesen an die obenstehende Adresse zurück.

Vielen Dank im Voraus!

Ihr Prostatakarzinomzentrum Oberhausen-Niederrhein

Bitte beurteilen Sie nachfolgende Fragen durch Ankreuzen nach dem Schulnotensystem (1 = sehr gut bzw. trifft sehr zu, 6 = ungenügend bzw. trifft gar nicht zu):

- | | 😊 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | ☹️ |
|---|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 1. War Ihr benannter Ansprechpartner des PKZ für Sie erreichbar? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 2. Sind Sie ausreichend in die Abläufe des PKZ eingebunden? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Konnten zeitnahe Terminvereinbarungen abgesprochen werden? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Wurden Sie rechtzeitig über die Ergebnisse der prätherapeutischen Konferenz informiert? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Wurden Sie über den Verlauf der Behandlung ausreichend und zeitnah durch die Klinik für Urologie informiert ? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Wurden Sie über den Verlauf der Behandlung ausreichend und zeitnah durch die Praxis für Strahlentherapie informiert? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Wurden Sie rechtzeitig zu den jeweiligen Konferenz eingeladen? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Berücksichtigen die Termine der stattfinden Konferenzen Ihren Praxisablauf? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Ist der Aufbau und der Informationsgehalt der Website ausreichend? | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

Auf der Rückseite dieses Bogens können Sie zusätzlich Ihre Kritik oder auch Lob äußern.

- bitte wenden -

			Datum	Name
Erstausgabe am: 20.03.2011	Gültig bis: Wiederruf	Erstellt:	17.03.2011	F.Radefeld
Revision: 01	Revision vom:	Geprüft:	17.03.2011	Dr. F. Kaiser
Datei: SO_02_12_V_001_Einweiserfragebogen.doc		Freigegeben:		Prof. Dr. J. Fichtner



Hier möchten wir Ihnen Gelegenheit geben, mögliche Kritik/Lob zu äußern:

Meine Personalien:

Name, Vorname	Praxisstempel	Datum
---------------	---------------	-------