

Ihre Meinung zählt

Wir möchten gern Stärken und Schwächen erkennen, damit wir uns noch mehr verbessern.

Bitte gehen sie kritisch mit der Beantwortung der Punkte um.

Angaben zu Ihrer Person:

Ihr Alter: _____ Jahre

Ihr Geschlecht: _____

Wie schätzen Sie Ihren bisherigen Status bezüglich Ihrer Arbeitsfähigkeit ein?

arbeitsfähig: ja/nein

Rentner/Pensionär: ja/nein

arbeitsunfähig: ja/nein

Haben Sie bzw. beabsichtigen Sie einen Rentenantrag zu stellen? Ja/nein

Datum der Fragebogenbearbeitung: _____

Name: _____

(Diese Angabe ist selbstverständlich freiwillig!)

Das Beste, was ich je erlebt habe *sehr gut* *gut* *akzeptabel* *schlecht*
 -2 -1 0 1 2

1. Einrichtung	-2	-1	0	1	2
Gesamteindruck des Hauses					
Allgemeine Sauberkeit des Hauses					

2. Allgemeine Betreuung/Freundlichkeit	-2	-1	0	1	2
Rezeption/Empfang					
Terminierung/Rehabüro					

3. Verpflegung	-2	-1	0	1	2
Freundlichkeit der Cafeteriakraft					
Qualität u. Vielfalt des warmen Mittagessens					
Qualität u. Vielfalt des Imbiss`					

4. Ärztliche Betreuung	-2	-1	0	1	2
Freundlichkeit der Ärzte					
Zeitlicher Umfang der Betreuung					
Verständlichkeit der Behandlungszusammenstellung					
Abstimmung der Rehabilitationsziele mit mir					

5. Psychologische Betreuung	-2	-1	0	1	2
Fachliche Betreuung					
Freundlichkeit der Psychologin					
Zeitlicher Umfang der Betreuung					
Gesprächsgruppe zur Schmerzbewältigung					

6. Behandlungen/Beratungen	teilgenommen?		Bewertung				
	ja	nein	-2	-1	0	1	2
Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Trainingstherapie (MTT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Vorträge, Schulungen, Seminare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Physikalische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Entspannungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Psychologische Einzelberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sozialdienstberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Ernährungsberatung/Kochen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Arbeitsplatztraining (ABT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

7. Tagesablauf	zu wenig	gerade richtig	zu viel
Anzahl der Behandlungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der Schulungen/Seminare/Vorträge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzahl der Pausen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Therapieerfolg	deutlich verbessert	etwas verbessert	etwas verschlechtert	deutlich verschlechtert	nicht verändert
...bezogen auf Ihr körperliches Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bezogen auf Ihr seelische Befinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bezogen auf Ihre allgemeine Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...bezogen auf Ihr allgemeines Wohlbefinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie wurden Sie auf die Reha Vita aufmerksam (bitte nur eine Möglichkeit ankreuzen)

War schon einmal hier	<input type="checkbox"/>	Anzeige	<input type="checkbox"/>
Empfehlung des Arztes	<input type="checkbox"/>	Internet	<input type="checkbox"/>
Empfehlung von Bekannten	<input type="checkbox"/>	Krankenhaus	<input type="checkbox"/>
Empfehlung des Kostenträgers	<input type="checkbox"/>	Telefonbuch	<input type="checkbox"/>

und zwar durch: _____

Sie wurden durch unseren Hol- und Bringeservice in die Einrichtung und nach Hause gebracht, wie benoten Sie die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Fahrer? (Note 1-5; 1 = sehr gut) _____

Besonderes Lob/besondere Kritik an: