



BUNDESWEHRZENTRALKRANKENHAUS

Koblenz

Ihre Meinung ist uns wichtig

Liebe Patientin, lieber Patient!

Das Qualitätsmanagement-Team des BundeswehrZentralkrankenhauses Koblenz steht Ihnen als direkter Ansprechpartner in allen Fragen rund um Ihren Aufenthalt im BundeswehrZentralkrankenhaus gerne zur Verfügung.

Unser besonderes Interesse gilt dabei Ihren Eindrücken, die Sie während Ihrer Zeit im BundeswehrZentralkrankenhaus gesammelt haben.

Bitte teilen Sie uns Ihre Meinung über unser Krankenhaus mit. Ihre Meinung hilft uns zu erkennen, wo unsere Schwächen, aber auch unsere Stärken liegen. Ziel dabei ist es, die Arbeitsabläufe im BundeswehrZentralkrankenhaus noch besser und effektiver zu gestalten.

Durch Ihre Mitarbeit wird ermöglicht, dass in Zukunft alle Patienten und vielleicht auch Sie selbst von den eingereichten Verbesserungsvorschlägen und Anregungen profitieren.

Wir möchten Sie herzlich bitten, Ihre Meinung, Wünsche, Anregungen, Lob oder Kritik auf der Rückseite auszufüllen und in die dafür vorgesehenen Briefkästen einzuwerfen. Die Briefkästen finden Sie auf jeder Etage im Haupttreppenhaus oder in der Eingangshalle.

Ihre Informationen und Anregungen werden vom Qualitätsmanagement-Team vertraulich ausgewertet. Bei nicht anonymer Abgabe werden wir Sie auf Wunsch über den Bearbeitungsstand Ihrer Eingabe informieren.

Wir freuen uns auf Ihre Rückmeldungen. Vielen Dank für Ihre Zeit und Ihre Bemühungen!

Ihr Qualitätsmanagement-Team

Briefanschrift:
BundeswehrZentralkrankenhaus Koblenz
Qualitätsmanagement
Postfach 7460
56072 Koblenz

Frachtschrift:
BundeswehrZentralkrankenhaus Koblenz
Rübenacher Str. 170
56072 Koblenz



Zertifizierung nach
Joint Commission International



trifft ...

voll zu eher zu weniger zu gar nicht zu

Mit der Aufnahmeorganisation war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Personal an der Anmeldung war freundlich und hilfsbereit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Das Personal an der Anmeldung war kompetent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich erhielt Informationen über das weitere Vorgehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde über die Gründe von Wartezeiten informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte den Eindruck, die Ärzte waren fachlich kompetent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der Freundlichkeit der Ärzte war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich wurde durch die Ärzte verständlich über meine Behandlung informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte den Eindruck, der Arzt hat meine mitgebrachten Dokumente beachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit der Freundlichkeit des Assistenzpersonals war ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mein Gesundheitszustand / meine Schmerzen wurden beachtet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Ambulanzbereich war sauber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Die sanitären Anlagen waren sauber und hygienisch.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Lob / Kritik / Wünsche (freie Beschreibung):

Würden Sie das BundeswehrZentralkrankenhaus weiter empfehlen? ja nein

Ihre behandelnde Ambulanz im Krankenhaus:

<input type="checkbox"/> Anästhesie (Prämedikation)	E	<input type="checkbox"/> Herz- und Gefäßchirurgie	D/E	<input type="checkbox"/> Orthopädie	A
<input type="checkbox"/> Augenheilkunde	C	<input type="checkbox"/> HNO	D	<input type="checkbox"/> Physiotherapie (Krankengymnastik)	A
<input type="checkbox"/> Bäderabteilung	A	<input type="checkbox"/> Innere Medizin	B	<input type="checkbox"/> Psychiatrie	F1
<input type="checkbox"/> Chirurgie	D	<input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichts chirurgie	D	<input type="checkbox"/> Radiologie	E
<input type="checkbox"/> Dermatologie	D	<input type="checkbox"/> Neurochirurgie	E	<input type="checkbox"/> Unfallchirurgie	E
<input type="checkbox"/> EKG/Lungenfunktion	D	<input type="checkbox"/> Neurologie	F1	<input type="checkbox"/> Urologie	D
<input type="checkbox"/> Endoskopie	C	<input type="checkbox"/> Notfallaufnahme	E	<input type="checkbox"/> Zahnarzt (FZZ)	D
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	A	<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin	F1	<input type="checkbox"/> ZVM	D

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!