



# Feedbackbogen Palliative Versorgung

## Liebe Angehörige / Liebe Pflegenden

Unser Palliativteam ist bemüht, den Sterbenden und dessen Umfeld gut und individuell zu betreuen.

Daher führen wir eine Befragung durch, um unsere Arbeit zu reflektieren und diese zu verbessern.

Ihre Meinung ist uns wichtig. Anregungen und Beschwerden nehmen wir ernst.

Selbstverständlich behandeln wir ihre Information vertraulich. Daher bleibt es Ihnen freigestellt, ob Sie Ihren Namen angeben oder anonym das Feedback an uns senden.

**Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung.**

**Ihr PalliativNetz Osthessen**



# Feedbackbogen Palliative Versorgung

**Wie haben sie von uns erfahren? / Wie kam der Kontakt zustande?**

[++ sehr gut; + gut ; 0 neutral; - weniger gut; --schlecht]

	++	+	0	-	--
Wie hilfreich waren die Palliativ-Arztbesuche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hilfreich waren die Palliativcare-Besuche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie war die Erreichbarkeit während der Bürozeiten (08:00 – 16:00 Uhr)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie war die Erreichbarkeit außerhalb der Bürozeiten (16:00 – 08:00 Uhr auf der Notrufnummer)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnelligkeit der Notfallversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empathie / Sensibilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufklärung der palliativen Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Organisation von Medikamenten / Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenwirken von Netzwerkpartnern (Seelsorgern, ambulanter Hospizdienst, Hospiz, Therapeuten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versorgung /Betreuung nach dem Versterben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Was möchten Sie uns noch mitteilen?**

**Das sollte verbessert oder geändert werden:**

**Datum:** .....

**Name: [freiwillig]:** .....