Abschluss des Ombudsverfahrens

Name / Vorname: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Dossier-Nr.: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Datum Zusendung Beanstandungsformular: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Datum Zusendung Abschlussbogen: Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

Zum Abschluss des Ombudsverfahrens möchten wir Sie bitten, diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Einschätzung unserer Arbeit ist für uns wichtig. Damit erfahren wir, ob und wie das Ombudsverfahren hilfreich war. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt. Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Bitte geben Sie im Folgenden an, welcher Bereich der Patientenrechte betroffen war und wie Sie den Verlauf, das Ergebnis und die Wirkungen des Ombudsverfahrens einschätzen:

**1. Betroffener Bereich der Patientenrechte**

[ ]  Ärztlicher Prozess

[ ]  Pflegeprozess

[ ]  Rechnungsstellung

[ ]  Ablauforganisation

[ ]  Datenmanagement (Krankengeschichte, Krankendokumentation)

[ ]  Andere (Beratung, externe Anliegen etc.)

**2. Zum Verlauf des Ombudsverfahrens**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.1 Meine Interessen wurden genügend geschützt: ja eher ja teilweise eher nein nein

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

2.2 Die Ombudsstelle hat mich darin unterstützt, eine dauer- ja eher ja teilweise eher nein nein

hafte Regelung zu finden: [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

2.3 Ich hatte das Gefühl, dass über meinen Kopf hinweg ja eher ja teilweise eher nein nein

entschieden wurde [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

**3. Zum Ergebnis des Ombudsverfahrens**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3.1 Für meine Beanstandung wurde eine nach meiner Meinung ja eher ja teilweise eher nein nein

akzeptable Lösung gefunden: [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

3.2 Die Empfehlungen der Ombudsstelle waren hilfreich: ja eher ja teilweise eher nein nein

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

3.3 Ich werde die getroffenen Vereinbarungen einhalten: ja eher ja teilweise eher nein nein

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

**4. Zu den Wirkungen, die das Ombudsverfahren auf Sie persönlich hatte**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4.1 Das Ombudsverfahren hat meine Lebenszufriedenheit ja eher ja teilweise eher nein nein

verbessert: [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

4.2 Mit der Ombudsperson habe ich mich verstanden: ja eher ja teilweise eher nein nein

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

4.3 Das Ombudsverfahren hat mich entlastet: ja eher ja teilweise eher nein nein

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

4.4. Vor der Beanstandung habe ich meine Beziehung zum Spital / zur Institution wie folgt eingeschätzt:

 sehr gut sehr schlecht

 1 2 3 4 5 6 7

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

4.5 Nach Abschluss des Ombudsverfahrens schätze ich meine Beziehung zum Spital / zur Institution wie folgt ein:

 sehr gut sehr schlecht

 1 2 3 4 5 6 7

 [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]  [ ]

**5. Was habe ich während des Ombudsverfahrens als besonders hilfreich empfunden?**

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

**Vielen Dank für Ihre Bemühungen!**

Ursula Theiler

**Ombudsstelle für das Spitalwesen des Kantons Bern**