

Wie waren Sie mit der Betreuung durch den Zimmerservice zufrieden?

	1	2	3	4	5	6
Sauberkeit	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>

Wie bewerten Sie...

	1	2	3	4	5	6
das Freizeitangebot innerhalb der Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das Freizeitangebot außerhalb der Klinik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
das persönliche Ergebnis dieser stationären Rehabilitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Antragsverfahren

Hatten Sie Probleme, die stationäre Rehabilitation vom Kostenträger bewilligt zu bekommen?

Ja Nein

Wurden Sie durch einen Arzt / Gutachter des Medizinischen Dienstes Ihres Kostenträgers (MDK) untersucht?

Ja Nein

Mussten Sie gegen einen ablehnenden Bescheid ihres Kostenträgers Widerspruch einlegen?

Ja Nein

...oder beim Sozialgericht Klage erheben?

Ja Nein

Wie wurden Sie auf unsere Klinik aufmerksam?

- Hausarzt
- Facharzt
- Therapeut
- DRV
- Krankenkasse
- Bekannte / andere Patienten
- Internetsuche
- Zeitschrift / Printwerbung
- anders, ...

Kommentare

Was hat Ihnen in unserer Klinik gut gefallen?

Was sollten wir künftig anders machen?

Ich plane, nächstes Jahr wiederzukommen.

Ja Nein