



AKIK befragt Eltern zum Klinikaufenthalt ihrer Kinder bzw. Jugendliche zu ihrem Klinikaufenthalt

In was für einer Klinik /Abteilung war ihr Kind / waren Sie?

- Klinik / Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin
- Kinderchirurgische Klinik
- Klinik / Abteilung für Erwachsene, welche?

Wie alt war das Kind / waren Sie bei der Aufnahme in die Klinik?

_____ Jahre

In welcher Beziehung stehen Sie zu dem Kind?

- Mutter
- Vater
- Sonstige Bezugsperson
- Ich selber bin die aufgenommene Person

In welchem Bundesland befindet sich die Klinik? _____

In welchem Bundesland wohnen Sie? _____

In welcher Entfernung von Ihrem Wohnort befindet sich die Klinik?

- In unmittelbarer Nähe (bis 5 km)
- bis zu 40 km
- mehr als 40 km

Was waren die Gründe für die Aufnahme in der Klinik?

- Geplante OP
- Notfall / Unfall
- Sonstiges (freiwillig) _____

Anzahl der Übernachtungen in der Klinik

_____ Tage

Wurde Ihnen die Mitaufnahme angeboten?

- Ja, kostenfrei
- Ja, gegen Entgelt
- Nein, mir wurde die Mitaufnahme nicht angeboten
- Nein, mein Wunsch auf Mitaufnahme wurde abgelehnt

Haben Sie das Angebot genutzt?

- Ja und die Mitaufnahme war kostenfrei
- Ja, aber ich habe für die Mitaufnahme gezahlt
- Nein

Wie waren die Besuchszeiten für Sie geregelt?

- Uneingeschränkt möglich
- Es gab Einschränkungen

Welche? _____

Wurden Sie und Ihr Kind ihrem Alter und Verständnis entsprechend informiert?

- Ja, unser Kind wurde gut informiert
- Nein, unser Kind wurde nicht gut informiert
- Ja, wir als Eltern / Bezugsperson wurden gut informiert
- Nein, wir wurden nicht gut informiert
- Ja, ich wurde als Patient gut Informiert
- Nein, ich wurde als Patient nicht gut informiert

War das Pflegepersonal freundlich?

- Ja
- Nein

Hatten Sie zum Pflegepersonal Vertrauen?

- Ja
- Nein

Wurde auf Ihre Ängste ernsthaft eingegangen?

- Ja
- Nein

Wurde auf die Ängste Ihres Kindes ernsthaft eingegangen?

- Ja
- Nein

Weitere, aus Ihrer Sicht wichtige Informationen zum Klinikaufenthalt Ihres Kindes:

Haben Sie Anregungen und Verbesserungsvorschläge zu unserem Fragebogen?

Dürfen wir bei Nachfragen zu Ihnen Kontakt aufnehmen?

- Ja, per Mail _____
- Ja, per Telefon _____
- Ja, per Post _____
- Nein bitte nicht _____

Möchten Sie Näheres über AKIK erfahren?

- Ja, per Mail _____
- Ja, per Telefon _____
- Ja, per Post _____
- Nein bitte nicht _____

Ihre Daten werden vertraulich behandelt.

Wenn sie keine Kontaktaufnahme wollen, wird ihre Mail-Adresse gelöscht.

Wir danken Ihnen, dass Sie uns durch das Ausfüllen des Fragebogens geholfen haben.

Ihr AKIK-Bundesverband e.V.

Aktionskomitee KIND IM KRANKENHAUS
Theobald Christ Str. 10
60316 Frankfurt
www.akik.de
info@akik.de