

Mit der Beantwortung einiger Fragen helfen Sie uns, unser Angebot an Sie zu verbessern.

1. Wie gut fühlen Sie sich über die Angebote des **Interdisziplinären Zentrums für chronisch entzündliche Darmerkrankungen Salzburg** informiert?

- sehr gut gut weniger gut gar nicht

2. Kennen Sie die Teammitglieder unseres Zentrums?

- alle einige einzelne keine

wenn ja, welche?.....

3. Wie gut ist die Erreichbarkeit der MitarbeiterInnen des ICED?

- sehr gut gut weniger gut schlecht weiß ich nicht

4. Wie gut fühlen Sie sich über folgende Institutionen/Bereiche informiert, die bei Ihrer Erkrankung eine Rolle spielen?

- | | | | | |
|------------------|-----------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Landesapotheke: | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> weniger gut | <input type="checkbox"/> schlecht |
| Chirurgie: | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> weniger gut | <input type="checkbox"/> schlecht |
| Ernährung: | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> weniger gut | <input type="checkbox"/> schlecht |
| Innere Medizin: | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> weniger gut | <input type="checkbox"/> schlecht |
| Kinderheilkunde: | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> weniger gut | <input type="checkbox"/> schlecht |
| Psychosomatik: | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> weniger gut | <input type="checkbox"/> schlecht |
| Stomaambulanz: | <input type="checkbox"/> sehr gut | <input type="checkbox"/> gut | <input type="checkbox"/> weniger gut | <input type="checkbox"/> schlecht |

5. Mit welchen der in Punkt 4. angeführten Bereiche des ICED hatten Sie bisher noch keinen Kontakt und warum?

.....

6. Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung insgesamt?

- sehr zufrieden zufrieden weniger zufrieden gar nicht zufrieden

7. Haben Sie Wünsche, Anregungen, Verbesserungsvorschläge?

.....

Angaben zur eigenen Person:

weiblich: männlich: Alter: _____ Datum: _____

Danke für Ihre Mitarbeit!