

## PEER REVIEW ÖGD

Evaluation 2 (ca. 6 Monate später) des Peer Reviews vom .....

	voll und ganz zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
<b>Frage 1:</b> Waren Sie mit dem Peer Review zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	noch nicht
<b>Frage 2:</b> Haben Sie den Peer-Review-Bericht mit allen leitenden Mitarbeitern besprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein	noch nicht
<b>Frage 3:</b> Wurden alle Mitarbeiter über den Peer-Review-Bericht informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	sehr hilfreich	eher hilfreich	wenig hilfreich	gar nicht hilfreich
<b>Frage 4:</b> Wie wurde der Peer-Review-Bericht von Ihren Mitarbeitern aufgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	teilweise	nein	trifft nicht zu
<b>Frage 5:</b> Haben Sie nach dem Peer Review die vorgeschlagenen Änderungs- bzw. Verbesserungsvorschläge umgesetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Frage 6:**

Wenn Sie Frage 5 mit „ja“/„teilweise“ beantwortet haben, in welchem Bereich haben Sie diese Veränderungen in welchem Umfang umgesetzt?

Bereich	Umsetzung			
	ganz	teilweise	nein	nicht zutreffend
Personal				
Team/Kommunikation				
Organisationsstruktur				
Bürgerorientierung				
Qualitätsmanagement				
Datenschutz				
Arbeitsschutz				
Hygiene				
Mitarbeitermotivation				
Verfahrensanweisungen/ Checklisten				
Impfen				

	ja	nein	vielleicht
<b>Frage 7:</b> Würden Sie an einem Wiederholungs-Peer-Review nach 3 Jahren teilnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn nein, warum nicht?

-----  
-----  
-----  
-----

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!