

Evaluation Peer Review Teil II

(6 Monate nach dem Review)

Datum des Peer Reviews:

Datum der Evaluation:

	voll und ganz zufrieden	eher zufrieden	eher unzufrieden	sehr unzufrieden
Frage 1: Waren Sie mit dem Peer Review zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ja	nein	noch nicht	
Frage 2: Haben Sie den Peer-Review-Bericht mit den pflegerischen und ärztlichen Mitarbeitern besprochen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	sehr hilfreich	eher hilfreich	wenig hilfreich	gar nicht hilfreich
Frage 3: 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
Frage 4: 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 5:

Wenn Sie Frage 4 mit „ja“ oder „teilweise“ beantwortet haben, in welchen der u. g. Bereiche haben Sie diese Veränderungen in welchem Umfang umgesetzt?

Bereich	Umsetzung			
	ganz	teilweise	gar nicht	trifft nicht zu
Personal Besetzung, Einarbeitung, pflegerische und ärztliche Präsenz ggf. spezifizieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Team/Kommunikation Mitarbeitermotivation, Visitenstruktur, Umgang miteinander, Teamgespräche ggf. spezifizieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bau / Equipment Räumlichkeiten, Sauberkeit, Anbindung im Krankenhaus, Geräte ggf. spezifizieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angehörige/Besucher Gesprächsdokumentation, Räumlichkeiten ggf. spezifizieren:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTENSIVMEDIZINISCHES PEER REVIEW

Bereich	Umsetzung	Bereich	Umsetzung	Bereich
SOPs, Checklisten, Standards	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ggf. spezifizieren:			
Ethik/Seelsorge/EOLD/ Fixierung/Medikolegale Aspekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ggf. spezifizieren:			
Organisation Betten/Belegungsmanagement, Geschäftsordnung, Investitionsplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ggf. spezifizieren:			
Fehler/Risiko M&M-Konferenz, CIRS-Reporting, Fehlerkultur, Geräteeinweisungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ggf. spezifizieren:			
Hygiene / Infektionsmanagement Stewardship, Isolierung , infektiologische / mikrobiologische Visiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ggf. spezifizieren:			
Dokumentation Übersichtlichkeit, Genauigkeit, PDMS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ggf. spezifizieren:			
Reporting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ggf. spezifizieren:			
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ggf. spezifizieren:			

	ja	nein	vielleicht
Frage 6: Würden Sie nochmal an einem Peer Review teilnehmen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn nein, warum nicht?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen an die das Peer Review organisierende Landesärztekammer zurück.