

Beurteilung der Zertifizierungsstelle bzw. des Visitationsbegleiters durch den Visitor

| |
|-------------------------------|
| Zertifizierungsstelle: |
| Visitationsbegleiter: |

| |
|-------------------------------|
| Visitor: |
| Rehabilitationsklinik: |
| Datum der Visitation: |

| Bitte ankreuzen | positiv | | negativ | |
|---|---------|----|---------|----|
| 01. Während der Vorbereitung wurden die abgesprochenen Zeitvereinbarungen eingehalten | ++ | + | - | -- |
| 02. Während der Visitation wurden die abgesprochenen Zeitvereinbarungen eingehalten | ++ | + | - | -- |
| 03. Die Zertifizierungsstelle lebt die KTQ-Philosophie | ++ | + | - | -- |
| 04. Der Visitationsbegleiter lebt die KTQ-Philosophie | ++ | + | - | -- |
| 05. Der Visitationsbegleiter war umfassend vorbereitet | ++ | + | - | -- |
| 06. Der Visitationsbegleiter war sachlich kompetent | ++ | + | - | -- |
| 07. Der Visitationsbegleiter konnte mit Kritik umgehen | ++ | + | - | -- |
| <u>Zeitpunkt nach der Visitation:</u> | | | | |
| 08. Die Abstimmung des Visitationsberichtes war | ++ | + | - | -- |
| 09. Die Abstimmung des Qualitätsberichtes war -- | | ++ | + | - |
| 10. Die Zusammenarbeit insgesamt mit der Zertifizierungsstelle war | ++ | + | - | -- |

Nutzen Sie ggf. auch die Rückseite dieses Blattes!

11. Möglichkeit der Beurteilung der Zertifizierungsstelle

12. Nennen Sie uns bitte positive Eindrücke ggf. Verbesserungspotenziale bezüglich der Visitationsvorbereitung und der Visitationsdurchführung

13. Nennen Sie uns bitte positive Eindrücke ggf. Verbesserungspotenziale bezüglich der Zusammenarbeit mit der Zertifizierungsstelle
