



Kooperation  
für Transparenz  
und Qualität im  
Gesundheitswesen

## Beurteilung der Servicequalität der Zertifizierungsstelle durch die Einrichtung

<b>Visitationsbegleiter:</b>
<b>Zertifizierungsstelle:</b>
<b>Datum der Visitation:</b>
<b>Einrichtung:</b>

Bitte ankreuzen	positiv		negativ	
1. Die abgesprochenen Zeitvereinbarungen im Vorfeld der Visitation wurden eingehalten	++	+	-	--
2. Die abgesprochenen Zeitvereinbarungen während der Visitation wurden eingehalten	++	+	-	--
3. Der Visitationsbegleiter war umfassend vorbereitet	++	+	-	--
4. Der Visitationsbegleiter war als Ansprechpartner während der Fremdbewertung gut zu erreichen	++	+	-	--
5. Der Visitationsbegleiter kennt/lebt die KTQ-Philosophie	++	+	-	--
6. Der Visitationsbegleiter war sachlich kompetent	++	+	-	--
7. Der Visitationsbegleiter konnte mit Kritik umgehen	++	+	-	--

Bitte nennen Sie uns positive Erfahrungen bzw. Verbesserungspotenziale, die innerhalb der Weiterentwicklung des KTQ-Zertifizierungsverfahrens beachtet werden sollten.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

<sup>1</sup> Dieses Dokument bezieht sich auf stationäre und teilstationäre Pflegeeinrichtungen, ambulante Pflegedienste, Hospize und alternative Wohnformen – im Folgenden „Einrichtung“ genannt. Es ist nur in Verbindung mit dem aktuellen Manual gültig.