

IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG



KOMPETENZ, DIE VERTRAUEN SCHAFFT.

IHRE GESUNDHEIT STEHT BEI UNS IM MITTELPUNKT. DAFÜR SETZEN WIR UNS TÄGLICH EIN. ALS GRÖSSTES MEDIZINISCHES NETZWERK DER SCHWEIZ SIND WIR FÜHREND IN DER SPEZIALÄRZTLICHEN MEDIZIN, RADIOLOGIE UND DIAGNOSTIK. MIT UNSEREN KLINIKEN, NOTFALLSTATIONEN, AMBULANTEN OPERATIONSZENTREN SOWIE UNSEREN RADIOLOGIE- UND RADIOTHERAPIEINSTITUTEN SIND WIR IMMER FÜR SIE DA.

UNSERE KLINIKEN AUF EINEN BLICK



WWW.HIRSLANDEN.CH/STANDORTE

BERATUNG UND INFORMATION
HIRSLANDEN HEALTHLINE 0848 333 999

FOLGEN SIE UNS AUF



BRUSTZENTRUM BERN BIEL, STANDORT BERN

HAUS BLUMENBERG
EINGANG WEST
SCHÄNZLISTRASSE 33
3013 BERN
T +41 31 337 89 70
BRUSTZENTRUM.BERN@HIRSLANDEN.CH

BRUSTZENTRUM BERN BIEL, STANDORT BIEL

BLUMENRAIN 105
2501 BIEL
T +41 32 366 42 60
BRUSTZENTRUM.BIEL@HIRSLANDEN.CH

WWW.BRUSTZENTRUM-BERN-BIEL.CH
WWW.HIRSLANDEN.CH

A

Nicht frankieren
Ne pas affranchir
Non affrancare

Geschäftsantwortsendung Inviò commerciale-risposta
Envoi commercial-réponse

Brustzentrum Bern Biel
Haus Blumenberg
Schänzlistrasse 33
3013 Bern

VERTRAUEN UND SICHERHEIT BEI BRUSTERKRANKUNGEN.

GESCHÄTZTE PATIENTIN

Sie haben das Hirslanden Brustzentrum Bern Biel für Ihre Behandlung gewählt.
Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen!

Für uns stehen Kompetenz und Empathie an erster Stelle. Ziel ist eine gesamt-heitliche Betreuung unserer Patientinnen. Dazu gehört die interdisziplinäre Zusammenarbeit zahlreicher Spezialisten. Sie garantiert eine kompetente und umfassende Behandlung aller Brusterkrankungen. Wir begleiten und beraten unsere Patientinnen auf ihrem gesamten Krankheitsweg, von der ersten Beratung und Diagnose über die Therapie bis zur Nachsorge. Dabei berücksichtigen wir die aktuelle Lebenssituation jeder Person und ihre individuellen Bedürfnisse.

Wir legen grossen Wert darauf, dass Sie sich sowohl fachlich als auch menschlich gut aufgehoben fühlen.

Bei Fragen und Rückmeldungen wenden Sie sich bitte an:

brustzentrum.bern@hirslanden.ch

oder nehmen Sie sich Zeit für unseren Fragebogen.

WENN SIE ES WÜNSCHEN, WERDEN WIR IHR ANLIEGEN GERNE BEANTWORTEN.

Ja, ich wünsche eine Antwort auf meine Ausführungen:
 brieflich telefonisch per E-Mail

Nein, ich wünsche keine Antwort.

Angaben freiwillig

Name/Vorname: _____

Strasse/Nr.: _____

PLZ/Ort: _____

Aufenthalt/Konsultation von: _____

bis: _____

E-Mail/Telefon: _____

Ihr Aufenthalt war	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> ambulant	
Wie sind Sie versichert?	<input type="checkbox"/> allgemein	<input type="checkbox"/> halbprivat	<input type="checkbox"/> privat

Wie wurden Sie auf das Hirslanden Brustzentrum Bern Biel aufmerksam?

Gynäkologin/Gynäkologe

Hausärztin/Hausarzt

Internet

Empfehlung

Andere

PERSÖNLICHE ANMERKUNGEN (LOB UND TADEL, HINWEISE, WÜNSCHE):

AMBULANTE BEHANDLUNG:

Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt?

1 2 3 4 5 6
Gar nicht zufrieden Sehr zufrieden

Wurden Sie in der Praxis freundlich empfangen?

Ja Nein

Wurden Sie über die verschiedenen möglichen Behandlungsoptionen orientiert?

Ja Nein

Haben Sie das schriftliche Informationsmaterial als hilfreich empfunden?

Ja Nein Keines erhalten

Ist man Ihnen bei der Terminplanung entgegengekommen?

Ja Nein

Wie beurteilen Sie das Institut für Radiologie?

1 2 3 4 5 6
Gar nicht zufrieden Sehr zufrieden

STATIONÄRE BEHANDLUNG:

Wie zufrieden waren Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt?

1 2 3 4 5 6
Gar nicht zufrieden Sehr zufrieden

Wie zufrieden waren Sie mit der Pflege?

1 2 3 4 5 6
Gar nicht zufrieden Sehr zufrieden

Haben Sie die Begleitung der Breast Care Nurse als unterstützend empfunden?

Ja Nein Keine Begleitung, trotz Bedarf Kein Bedarf