

Liebe Patienten

Wir sind sehr daran interessiert, dass Sie sich in unserer Praxis wohl und gut betreut fühlen. Wir versuchen die Qualität und den Service ständig zu verbessern. Dafür brauchen wir Ihre Hilfe. Wir möchten Sie bitten, sich einen Moment Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen auszufüllen. Uns interessiert Ihre ehrliche Meinung, denn nur so können wir etwas verbessern. Es handelt sich um eine anonyme Befragung, d.h. anhand dieses Fragebogens können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe! Das Praxis-Team

Datum: _____

Würden Sie unsere Praxis weiterempfehlen?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

- von Bekannten empfohlen
- Telefonbuch, resp. "Gelbe Seiten"
- Internet
- weiss ich nicht mehr genau
- Überweisung
- Sonstiges

- ja auf jeden Fall
- wahrscheinlich ja
- vielleicht
- nein, auf keinen Fall

Hatten Sie für Ihren heutigen Besuch einen Termin?

- ja
- nein

Bitte beantworten Sie nun, wie wichtig Ihnen folgende Aspekte im Allgemeinen bei einer Arztpraxis sind:

Wie wichtig sind Ihnen ...	wichtigster Punkt überhaupt	sehr wichtig	wichtig	eher unwichtig	unwichtig
das allgemeine Erscheinungsbild einer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die technische Ausstattung einer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
die Hygiene und Sauberkeit einer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informationsmaterial zu Ihrem Beschwerdebild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte beantworten Sie nun, wie zufrieden Sie mit folgenden Aspekten hier in unserer Praxis sind:

Wie zufrieden sind Sie mit ...	mehr als zufrieden	sehr zufrieden	zufrieden	unzufrieden	sehr unzufrieden
dem allgemeinen Erscheinungsbild unserer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Freundlichkeit unseres Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Kompetenz (Fachwissen) unseres Personals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der telefonischen Erreichbarkeit unserer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
den Öffnungszeiten unserer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Vergabe kurzfristiger Termine bei akuten Beschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Klärung Ihrer Fragen am Telefon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Wartezeit in der Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Information über voraussichtliche Wartezeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Umgang zwischen Arzt und Personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Freundlichkeit Ihres Arztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Kompetenz (Fachwissen) Ihres Arztes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der vertraulichen Behandlung Ihrer Unterlagen/Diskretion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Orientierung über anstehende Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dem Informationsmaterial über mein Beschwerdebild	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der technischen Ausstattung unserer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
der Hygiene und Sauberkeit in unserer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nun möchten wir Ihnen einige **generelle Fragen zur Behandlung durch Ihren Arzt** stellen:

Wie ist Ihre Meinung ...	ausge- zeichnet	sehr gut	gut	akzeptabel	schlecht
über die Zeit, die Ihr Arzt sich gewöhnlich nimmt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
darüber wie leicht es Ihnen Ihr Arzt macht über Probleme zu sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
darüber wie Ihr Arzt Ihnen zuhört	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
darüber wie Ihr Arzt Interesse an Ihrer persönlichen Situation zeigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
darüber wie Ihr Arzt Sie in die Behandlungsentscheidung einbezieht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
darüber wie Ihr Arzt sich an frühere Gespräche/Untersuchungen erinnert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über die Gründlichkeit der Untersuchungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
darüber wie Sie über den Zweck der Untersuchungen aufgeklärt werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über die Aufklärung darüber, was Sie bei einer Überweisung erwartet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
über die Beziehung zu Ihrem Arzt insgesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte nutzen Sie folgende Kästchen für weitere Anmerkungen (Lob/Kritik) zur Praxis:

Dies gefällt mir an der Praxis besonders gut

Dies würde ich mir anders wünschen

Gibt es etwas, das Sie Ihrem Arzt schon lange sagen wollten?