

Ihre Meinung ist gefragt

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Zufriedenheit mit unseren Praxisleistungen liegt uns am Herzen.

Wir möchten gern Ihre Meinung über unsere Praxis erfahren. Ihre Einschätzungen, Ihre Wünsche und Ideen helfen uns, unsere Leistungen und Praxisabläufe zu verbessern.

Die Befragung ist freiwillig und anonym. Es können keine Rückschlüsse auf einzelne Patienten gezogen werden.

Wenn Sie sich beteiligen, beachten Sie bitte Folgendes:

- Beantworten Sie bitte alle Fragen und lassen Sie keine aus.
- Kreuzen Sie je Frage bitte nur die Antwort an, die für Sie am ehesten zutrifft.
- Wenn Sie den Fragebogen während des Praxisbesuches ausfüllen, werfen Sie den ausgefüllten Bogen bitte in eine bereitgestellte Box.
- Wenn Sie den Fragebogen zuhause ausfüllen, senden Sie den Bogen bitte auf postalischem Weg an die Praxis zurück.

Sofern Sie Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an.
Besten Dank!

Ihr Praxisteam

A	1. Wie zufrieden sind Sie mit ...	Sehr zufrieden 3	Eher zufrieden 2	Eher unzufrieden 1	Sehr unzufrieden 0
A01	... der Wartezeit auf den Arzttermin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A02	... der Wartezeit in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A03	... der Freundlichkeit des Praxispersonals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A04	... der Atmosphäre in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	2. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> mit diesem Arzt/ dieser Ärztin in Bezug auf ...	Sehr zufrieden 3	Eher zufrieden 2	Eher unzufrieden 1	Sehr unzufrieden 0
B01	... die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B02	... die Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B03	... die Informationen über die geplante Therapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B04	... die Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B05	... die Informationen darüber, was Sie selbst auch zur Heilung beitragen können (z. B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B06	... die Verständlichkeit der Informationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B07	... die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B08	... die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z. B. Medikamente, Krankengymnastik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C	3. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> mit diesem Arzt/ dieser Ärztin in Bezug ...	Sehr zufrieden 3	Eher zufrieden 2	Eher unzufrieden 1	Sehr unzufrieden 0
C01	... auf sein/ ihr Verständnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C02	... auf sein/ ihr Einfühlungsvermögen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C03	... auf Menschlichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C04	... auf die Zeit, die er/ sie Ihnen widmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C05	... darauf, ernst genommen zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C06	... auf Zuspruch und Unterstützung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C07	... auf seine/ ihre Geduld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C08	... darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	4. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> mit diesem Arzt/ dieser Ärztin in Bezug auf die ...	Sehr zufrieden 3	Eher zufrieden 2	Eher unzufrieden 1	Sehr unzufrieden 0
D01	... Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D02	... Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D03	... Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	5. Wie werden Sie von dieser Ärztin/ diesem Arzt in Entscheidungen über Untersuchungen und Behandlungen einbezogen?	Immer 3	Meistens 2	Selten 1	Nie 0
E01	Mir werden verschiedene Möglichkeiten (z. B. Untersuchung oder Behandlung) angeboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E02	Mit mir wird über Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten diskutiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E03	Ich werde danach gefragt, welche Möglichkeiten ich bevorzuge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E04	Ich werde in dem Maß in Entscheidungen eingebunden, wie ich es möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	6. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> mit diesem Arzt/ dieser Ärztin in Bezug auf Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?	Sehr zufrieden			<input type="checkbox"/> 3
		Eher zufrieden			<input type="checkbox"/> 2
		Eher unzufrieden			<input type="checkbox"/> 1
		Sehr unzufrieden			<input type="checkbox"/> 0
G	7. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> mit diesem Arzt/ dieser Ärztin in Bezug auf Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?	Sehr zufrieden			<input type="checkbox"/> 3
		Eher zufrieden			<input type="checkbox"/> 2
		Eher unzufrieden			<input type="checkbox"/> 1
		Sehr unzufrieden			<input type="checkbox"/> 0
H	8. Haben Sie Vertrauen zu diesem Arzt/ dieser Ärztin?	Ja, ich habe großes Vertrauen			<input type="checkbox"/> 4
		Ja, ich habe eher großes Vertrauen			<input type="checkbox"/> 3
		Ich habe eher wenig Vertrauen			<input type="checkbox"/> 2
		Nein, ich habe kein Vertrauen			<input type="checkbox"/> 1
		Ich kenne den Arzt/ die Ärztin nicht lange genug			<input type="checkbox"/> 0

I	9. Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch diesen Arzt/ diese Ärztin <u>im Allgemeinen</u> ein?	Sehr hoch	<input type="checkbox"/> 3
		Eher hoch	<input type="checkbox"/> 2
		Eher gering	<input type="checkbox"/> 1
		Sehr gering	<input type="checkbox"/> 0

J	10. Wie zufrieden sind Sie mit diesem Arzt/ dieser Ärztin <u>im Allgemeinen</u> ?	Sehr zufrieden	<input type="checkbox"/> 3
		Eher zufrieden	<input type="checkbox"/> 2
		Eher unzufrieden	<input type="checkbox"/> 1
		Sehr unzufrieden	<input type="checkbox"/> 0

Zusatzfragen

K	Welches Geschlecht haben Sie?	w <input type="checkbox"/> weiblich	m <input type="checkbox"/> männlich
---	-------------------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

L	Wie alt sind Sie?	0 <input type="checkbox"/> unter 18 Jahre
		1 <input type="checkbox"/> 18 bis 30 Jahre
		2 <input type="checkbox"/> 31 bis 45 Jahre
		3 <input type="checkbox"/> 46 bis 60 Jahre
		4 <input type="checkbox"/> 61 Jahre und älter

M	Wie sind Sie krankenversichert?	g <input type="checkbox"/> gesetzlich	p <input type="checkbox"/> privat
---	---------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

N	Wie lange werden Sie bereits in dieser Praxis behandelt?	0 <input type="checkbox"/> Ich war zum ersten Mal in dieser Praxis.
		1 <input type="checkbox"/> weniger als 1 Jahr
		2 <input type="checkbox"/> 1 bis 2 Jahre
		3 <input type="checkbox"/> 3 bis 5 Jahre
		4 <input type="checkbox"/> mehr als 5 Jahre

O	Welchen Arzt/ welche Ärztin aus unserer Praxis/ unserem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) haben Sie bewertet?
---	--	-------

P	Weitere Anmerkungen:	
---	----------------------	--