

PATIENTENFRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient, liebe Eltern,

Ihre Meinung ist uns wichtig! Wir möchten mit Hilfe dieses Fragebogens erfahren, wie zufrieden Sie mit unseren Leistungen sind und wie wir Ihre Bedürfnisse zukünftig noch besser erfüllen können.

Beantworten Sie bitte jede Frage spontan durch Ankreuzen der Bewertungen von ++ (= sehr gut) bis -- (= mangelhaft). Fragen, die nicht zutreffen, lassen Sie bitte aus. Sollten Sie Verständnisprobleme haben, können Sie sich gerne an unsere Mitarbeiterinnen wenden.

Den ausgefüllten Bogen stecken Sie bitte in die dafür vorgesehene Box. In diesem Behälter sammeln wir alle Fragebögen ein, so dass Ihre Antworten selbstverständlich anonym bleiben.

Wir arbeiten für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlergehen. Mit der Beantwortung der Fragen helfen Sie uns, noch besser zu werden. Daher freuen wir uns besonders über Ihre persönlichen Anmerkungen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Ihre Anregungen.



Ihr Praxisteam

Fragen zu Ihrer Person / Ihrem Kind				
Geschlecht?	<input type="checkbox"/> Mädchen	<input type="checkbox"/> Junge		
Alter?	<input type="checkbox"/> Säugling (1. Lebensjahr)	<input type="checkbox"/> Kleinkind (1-5 Jahre)	<input type="checkbox"/> Kind (6-12 Jahre)	<input type="checkbox"/> Jugendliche (ab 13 Jahre)
Wie lange sind Sie schon Patient in unserer Praxis?	<input type="checkbox"/> zum ersten Mal	<input type="checkbox"/> bis 2 Jahre	<input type="checkbox"/> viele Jahre	

Organisation/Ausstattung	Beurteilung:				
	++	+	o	-	--
Wie zufrieden sind Sie...					
... mit den Sprechzeiten unserer Praxis?	<input type="checkbox"/>				
... mit der telefonischen Erreichbarkeit?	<input type="checkbox"/>				
... mit den Wartezeiten unserer Praxis?	<input type="checkbox"/>				
... mit der Ausstattung unseres Wartebereichs?	<input type="checkbox"/>				
... mit dem Erscheinungsbild unserer Praxisräume?	<input type="checkbox"/>				
... mit der Hygiene und Sauberkeit der Praxis?	<input type="checkbox"/>				
... mit unserem Informationsmaterial?	<input type="checkbox"/>				

Bitte wenden!

Patientenbetreuung - Praxisteam:	Beurteilung:				
	++	+	o	-	--
Das Praxisteam...					
... ist freundlich und hilfsbereit	<input type="checkbox"/>				
... geht auf meine Fragen und Sorgen ein	<input type="checkbox"/>				
... informiert mich	<input type="checkbox"/>				
... ist kompetent	<input type="checkbox"/>				

Patientenbetreuung - Arzt:	Beurteilung:				
	++	+	o	-	--
Wie beurteilen Sie...					
... die Freundlichkeit des Arztes?	<input type="checkbox"/>				
... die Gründlichkeit bei der Untersuchung?	<input type="checkbox"/>				
... die Erläuterungen zur ärztlichen Diagnose?	<input type="checkbox"/>				
... die Beratung zum Vorgehen und zu den Behandlungsmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>				
... den Umgang mit Fragen und Sorgen?	<input type="checkbox"/>				
... den Erfolg der medizinischen Behandlung?	<input type="checkbox"/>				

Persönlicher Eindruck:	Beurteilung:				
	++	+	o	-	--
Wie gehen Arzt und Praxisteam miteinander um?	<input type="checkbox"/>				
Wie sind Sie insgesamt mit der Praxis zufrieden?	<input type="checkbox"/>				

Würden Sie unsere Praxis weiterempfehlen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Was hat Ihnen besonders gut gefallen?	
Was könnte Ihrer Meinung nach verbessert werden?	

Herzlichen Dank!