

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten die Arbeit unserer Praxis ständig verbessern und noch stärker an Ihre Bedürfnisse als Patient anpassen. Dafür ist uns Ihre Meinung sehr wichtig. Aus diesem Grund führen wir eine Patientenbefragung durch. Uns interessiert Ihre persönliche Meinung über unsere Praxis, dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte beantworten Sie alle Fragen möglichst vollständig und zügig. Meist ist der erste Gedanke der beste. Kontrollieren Sie bitte, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Die Angaben, die Sie in diesem Fragebogen machen, bleiben selbstverständlich anonym.

Ihre Gemeinschaftspraxis
Dr. K.Ulrich & Dr. M.Bayer






Wettenberg, den 30.05.16

Hinweise zum Datenschutz:

Wenn Sie den Fragebogen ausfüllen, erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihre Angaben in anonymisierter Form speichern und auswerten. Dabei wird der Datenschutz gewährleistet. Die ausgewerteten Daten lassen keine Rückschlüsse auf Sie als Ausfüllender zu.





Wie ausfüllen?	stimme überhaupt nicht zu	stimme eher nicht zu	stimme eher zu	stimme voll und ganz zu
So kreuzen Sie richtig an:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
So nehmen Sie eine Korrektur vor:	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!






1. Allgemeine Fragen an Sie					
Wie zufrieden sind Sie mit...					
	un- zufrieden	eher unzu- frieden	weder unzu- frieden noch zufrieden	eher zufrieden	Zufrieden
... der Wartezeit auf einen Arzttermin?	<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 Freundlichkeit des Praxispersonals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Atmosphäre in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dem Informationsmanagement der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Fragen zum ärztlichen Gespräch					
Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) mit Ihrem Arzt/Ihre Ärztin in Bezug auf...					
	un- zufrieden	eher unzu- frieden	weder unzu- frieden noch zufrieden	eher zufrieden	Zufrieden
... den Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Informationen über die geplante Therapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Informationen über die verordneten Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Beachtung von Nebenwirkungen bei den verordneten Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Verständlichkeit der Informationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Facharztbehandlung, Rehabilitation, Physiotherapie etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Weitere Fragen zum ärztlichen Gespräch

<i>Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) mit Ihrem Arzt/Ihre Ärztin in Bezug auf...</i>					
	un-zufrieden	eher unzu-frieden	weder unzu-frieden noch zufrieden	eher zufrieden	Zufrieden
<i>... auf sein/ihr Verständnis?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>... auf sein/ihr Einfühlungsvermögen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>... auf Menschlichkeit?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>... auf die Zeit, die er/sie Ihnen widmet?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>... darauf, ernst genommen zu werden?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>... auf Zuspruch und Unterstützung?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>... auf seine/ihre Geduld?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>... darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Fragen zur Ärztlichen Behandlung

<i>Wie zufrieden sind Sie im Allgemeinen (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt in Bezug auf...</i>					
	un-zufrieden	eher unzu-frieden	weder unzu-frieden noch zufrieden	eher zufrieden	Zufrieden
<i>... Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>... Gründlichkeit und Sorgfalt bei medizinischen Untersuchungen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>... Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Vertrauen

<i>Haben Sie Vertrauen zu</i>	Ich kenne	Kein	Eher	Eher	Großes

Ihrer Ärztin/zu Ihrem Arzt?	den Arzt zu wenig <input type="checkbox"/>	Vertrauen <input type="checkbox"/>	wenig Vertrauen <input type="checkbox"/>	großes Vertrauen <input type="checkbox"/>	Vertrauen <input type="checkbox"/>
------------------------------------	---	---------------------------------------	---	--	---------------------------------------

6. Qualität der Behandlung				
Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch Ihre Ärztin/Ihren Arzt <u>im Allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) ein?	Sehr gering <input type="checkbox"/>	Eher gering <input type="checkbox"/>	Eher hoch <input type="checkbox"/>	Sehr hoch <input type="checkbox"/>

7. Allgemeine Zufriedenheit				
Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt <u>im Allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen)?	Sehr gering <input type="checkbox"/>	Eher gering <input type="checkbox"/>	Eher hoch <input type="checkbox"/>	Sehr hoch <input type="checkbox"/>

Ihr Geschlecht?	
männlich	<input type="checkbox"/>
weiblich	<input type="checkbox"/>

Wie alt sind Sie?			
18 bis 29 Jahre	<input type="checkbox"/>	60 bis 69 Jahre	<input type="checkbox"/>
30 bis 39 Jahre	<input type="checkbox"/>	70 bis 79 Jahre	<input type="checkbox"/>
40 bis 49 Jahre	<input type="checkbox"/>	80 Jahre und älter	<input type="checkbox"/>
50 bis 59 Jahre	<input type="checkbox"/>		