

Patientenbefragung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

uns ist bewusst, dass die Zufriedenheit unserer Patienten das Wichtigste ist. Daher möchten wir Ihnen gerne einige Fragen zu unserer Praxis stellen. Ihre Antworten werden uns helfen, für Sie und alle anderen Patienten noch besser zu werden.

Die Fragen werden selbstverständlich anonym behandelt.

Bitte schreiben Sie daher NICHT Ihren Namen auf den Fragebogen.

Den Bogen können Sie gerne in einen blank Umschlag stecken und bei uns in den Briefkasten werfen oder in die im Wartezimmer stehende Umfragenbox.

Für Ihre offene und gewissenhafte Beantwortung sagen wir ganz herzlich Danke!

Ihr Praxisteam

Und so wird's gemacht:

Grundsätzlich gibt es drei Arten von Fragen:

1. Fragen nach der Wichtigkeit und nach der Zufriedenheit (siehe Beispiel)

„Die Wartezeiten in der Praxis sind...“

Kreuzen Sie bei Wichtigkeitsgrad eine 1 an, wenn kurze Wartezeiten für Sie besonders wichtig sind.

Und kreuzen Sie bei Zufriedenheit eine 5 (Schulnote) an, wenn Sie mit den Wartezeiten unzufrieden sind.

Bitte füllen Sie immer beides aus!!!

2. Fragen, bei denen Sie aus mehreren Antwortvorgaben auswählen können.

3. Fragen, die Sie mit ja oder nein beantworten können.

Bitte versuchen Sie, den Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Bitte geben Sie uns einige allgemeine Informationen:

1. Alter	<input type="checkbox"/> bis 18	<input type="checkbox"/> 19-29	<input type="checkbox"/> 30-49
	<input type="checkbox"/> 50-65	<input type="checkbox"/> 66 und älter	
2. Geschlecht	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich	
3. Berufsstand	<input type="checkbox"/> Selbstständig	<input type="checkbox"/> Angestellt/Arb.	<input type="checkbox"/> Beamter
	<input type="checkbox"/> Erwerbslos	<input type="checkbox"/> Renter(in)	<input type="checkbox"/> Schüler/Student
	<input type="checkbox"/> Hausfrau/-mann		
4. Krankenkasse	<input type="checkbox"/> Gesetzlich (pflichtversichert)	<input type="checkbox"/> Gesetzlich (freiwillig)	
	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft	<input type="checkbox"/> Sonstige
5. Wie lange sind Sie schon in unserer Praxis?	<input type="checkbox"/> heute zum ersten Mal	<input type="checkbox"/> weniger als ein Jahr	
	<input type="checkbox"/> 1 bis 5 Jahre	<input type="checkbox"/> über 5 Jahre	

6. Wie wurden sie auf unsere Praxis aufmerksam? (Bitte nur eine Antwort ankreuzen)

- Empfehlung von Verwandten, Bekannten, Kollegen...
- Empfehlung oder Überweisung durch einen anderen Arzt
- Internet
- Praxisschild
- Sonstiges: _____

Praxisräume und Praxismitarbeiterinnen:

Bitte kreuzen Sie immer **beides** an!

Wichtigkeit: 1 = sehr wichtig

2 = wichtig

3 = unwichtig

Zufriedenheit: 1 = sehr gut

2 = gut

3 = befriedigend

4 = ausreichend

5 = mangelhaft

6 = ungenügend

	Wichtigkeit			und	Zufriedenheit					
	1	2	3		1	2	3	4	5	6
7. Die Gestaltung des Wartezimmers ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Gestaltung der Praxisräume insgesamt ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sauberkeit und Hygiene in der Praxis sind...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Freundlichkeit des Praxisteams ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Das Betriebsklima ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Praxisablauf:

	Wichtigkeit			und	Zufriedenheit					
	1	2	3		1	2	3	4	5	6
12. Die Organisation der Praxis ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Die Öffnungszeiten der Praxis sind...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Welche Sprechzeiten würden Sie zusätzlich gerne Wahrnehmen? (Bitte maximal <u>drei</u> Antworten ankreuzen!)										
<input type="checkbox"/> Frühsprechstunden, früher als bisher <input type="checkbox"/> Abendsprechstunde, später als bisher <input type="checkbox"/> Abendsprechstunde, öfter als bisher <input type="checkbox"/> Mehr Sprechstunden an Wochentagen <input type="checkbox"/> Durchgehende Sprechstunde, auch über die Mittagszeit <input type="checkbox"/> Ich bin zufrieden										
	Wichtigkeit			und	Zufriedenheit					
	1	2	3		1	2	3	4	5	6
15. Die telefonische Erreichbarkeit der Praxis ist...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Die Wartezeiten in der Praxis sind...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Wie lange sind Ihre Wartezeiten in der Praxis? <u>mit Termin:</u> <u>ohne Termin:</u>										
0 bis 10 Min. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
11-20 Min. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
21 bis 30 Min. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
31 bis 40 Min. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
41 bis 50 Min. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
51 bis 60 Min. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
Länger als 60 Min. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>										
18. Möchten Sie an wichtige Folgetermine oder sinnvolle vorbeugende Untersuchungen erinnert werden?										
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein										

Patienteninformation:

	Wichtigkeit	Zufriedenheit
19. Die verfügbaren Praxis-Informationen sind...	1 2 3 und	1 2 3 4 5 6
20. Die Informationen über Krankheitsthemen sind...	1 2 3 und	1 2 3 4 5 6
21. Sind Sie bereit, sinnvolle zusätzliche Gesundheitsleistungen zu nutzen, auch wenn Sie diese selber bezahlen müssen?		
<input type="checkbox"/> nein Wie viel wären Sie bereit, dafür jährlich aufzuwenden?		
<input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> bis 50€ <input type="checkbox"/> bis 150€ <input type="checkbox"/> bis 300€ <input type="checkbox"/> über 300€		

Während Ihres Arztbesuches:

	Wichtigkeit	Zufriedenheit
22. Die Verständlichkeit des Arztes und seiner Erläuterungen ist...	1 2 3 und	1 2 3 4 5 6
23. Geduld und Zeit des Arztes während meines Termins sind....	1 2 3 und	1 2 3 4 5 6
24. Die Vorbereitung des Arztes auf meinen Termin ist...	1 2 3 und	1 2 3 4 5 6
25. Die Aufklärung über verschiedene Behandlungsmethoden durch den Arzt ist...	1 2 3 und	1 2 3 4 5 6

Nach dem Arztbesuch (für Ihre eigenen Anmerkungen)

Vielen Dank für Ihre Mühe und Mitarbeit!