

5.1-FB1 Patientenzufriedenheit

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.

FRAGEN ZUM ARZT

Welche Aussage trifft am Ehesten zu? (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile nur ein Kästchen an.)

1.	Wie heißt Ihr behandelnder Arzt?	Dr. Thomas Oliver Henkel <input type="checkbox"/>	Jana Seifert <input type="checkbox"/>	Dr. Conrad Blobel <input type="checkbox"/>
		Dr. Frank Kahmann <input type="checkbox"/>	Dr. Benjamin Schilling <input type="checkbox"/>	
				stimme voll und ganz zu <input type="checkbox"/>
2.	Mein Arzt nimmt sich immer genug Zeit für mich.	<input type="checkbox"/>	stimme eher zu <input type="checkbox"/>	stimme eher nicht zu <input type="checkbox"/>
3.	Ich habe vollstes Vertrauen zu meinem Arzt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	stimme überhaupt nicht zu <input type="checkbox"/>
4.	Ich habe den Eindruck, dass mein Arzt mich kompetent und fachlich korrekt untersucht und behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Mein Arzt betrachtet mich als gleichwertigen Gesprächspartner.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Ich würde diesen Arzt meinem besten Freund / meiner besten Freundin empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FRAGEN ZU PERSONAL UND PRAXIS

7.	Das Praxispersonal ist freundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Das Praxispersonal wirkt sehr kompetent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Die Räumlichkeiten sind ansprechend gestaltet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Die Praxis ist sauber.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IHR LETZTER BESUCH

11.	Mit welchem Anliegen kamen Sie in die Praxis (Mehrfachnennungen möglich)	Wiederholungsrezept <input type="checkbox"/>	Vorsorgeuntersuchung <input type="checkbox"/>
		Kontrolltermin bei chronischer Erkrankung <input type="checkbox"/>	Ohne Termin bei akuten Beschwerden <input type="checkbox"/>
12.	Wie lange mussten Sie warten bis Sie behandelt wurden?	ca. Minuten	
13.	Fanden Sie die Wartezeit für Ihr Anliegen angemessen?	Ich fand es ging sehr schnell <input type="checkbox"/>	Ich fand der Zeitraum war zu lang <input type="checkbox"/>
		Ich fand der Zeitraum war angemessen <input type="checkbox"/>	Ich fand der Zeitraum war viel zu lang <input type="checkbox"/>

ZUFRIEDENHEIT

14.	Wie zufrieden sind Sie mit der Praxis insgesamt?	zufrieden <input type="checkbox"/>	eher unzufrieden <input type="checkbox"/>
		Eher zufrieden <input type="checkbox"/>	unzufrieden <input type="checkbox"/>

PLATZ FÜR KRITIK UND ANREGUNGEN