



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Zufriedenheit mit unseren Praxisleistungen liegt uns am Herzen. Wir möchten gerne 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. Sollte eine Frage nicht auf Sie zutreffen oder Sie sie nicht beantworten können, lassen Sie sie bitte einfach leer.

1. Praxisorganisation

Wie zufrieden sind Sie **im Allgemeinen** (d.h. nicht ausschließlich auf den heutigen Arztbesuch bezogen) mit...

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... der Wartezeit auf Ihren Arzttermin?	<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"/>
... der Freundlichkeit des Praxispersonals?	<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"/>
... der Sauberkeit der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Zufriedenheit mit dem Arzt

Wie zufrieden sind Sie **im Allgemeinen** (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) mit Ihrem Arzt in Bezug ...

	Sehr zufrieden	Eher Zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... auf sein Verständnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf sein Einfühlungsvermögen und seine Menschlichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf die Zeit, die er Ihnen widmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Gründlichkeit und Sorgfalt der Untersuchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... darauf, ernst genommen zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... diesem Arzt im Allgemeinen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... dessen Qualität der Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf die Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf die Gründlichkeit und Sorgfalt bei den Untersuchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf die Bereitschaft des Arztes, Sie rechtzeitig zu überweisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Qualität und Vertrauen

Haben Sie **Vertrauen** zu Ihrem Arzt?

- Ja, ich habe großes Vertrauen Nein, ich habe kein Vertrauen
 Ja, ich habe eher großes Vertrauen Ich kenne den Arzt nicht lange genug
 Ich habe eher weniger Vertrauen

4. Information und Miteinbeziehung

Wie zufrieden sind Sie **im Allgemeinen** (d.h. nicht auf den heutigen Arztbesuch bezogen) mit Ihrem Arzt in Bezug auf...

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... die Qualität und das Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Information zu den Ursachen Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Information zum Verlauf Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Information über die geplante Therapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Information über die Wirkung der verordneten Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Information darüber, was Sie selbst auch zur Heilung beitragen können (z.B. Ernährungs- und Verhaltenstipps)?	<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"/>
... die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie werden Sie von Ihrem Arzt in **Entscheidungen über Untersuchungen und Behandlungen einbezogen?**

	Immer	Meistens	Selten	Nie
Mir werden verschiedene Möglichkeiten (z.B. Untersuchung und Behandlung) angeboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mit mir wird über Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten diskutiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde danach gefragt, welche Möglichkeit ich bevorzuge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich werde in dem Maß in Entscheidungen eingebunden, wie ich es möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Abschließend...

Sie sind

Weiblich Männlich

Ihr Alter: _____

Versichert in der

gesetzlichen Krankenversicherung privaten Krankenversicherung Selbstzahler

Wie lange werden Sie bereits in dieser Praxis behandelt?

Ich war zum ersten Mal in dieser Praxis 1 bis 2 Jahre mehr als 5 Jahre
 weniger als 1 Jahr 3 bis 5 Jahre

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Überweisung vom Hausarzt Hören - Sagen bzw. Empfehlung durch Freunde / Bekannte
 Internetsuche Gedruckte Werbung
 Arztbewertungsportal im Internet wie bspw. jameda.de

Weitere Anmerkungen - hier haben Sie Gelegenheit, uns noch etwas mitzuteilen, das in den bisherigen Fragen nicht abgefragt wurde, bspw. ein Vorschlag zur Verbesserung, eine Kritik, ein Lob, etc.:

Mit Unterstützung von <http://paz.betabrain.de> - professionelle Patientenzufriedenheitsmessung und -auswertung