

## Patientenbefragung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten gerne Ihre persönliche Meinung zum heutigen Arztbesuch in dieser Arztpraxis sowie Ihre Einschätzung dieses Arztes und dieser Arztpraxis im allgemeinen, nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen, erfahren.

Deshalb bitten wir Sie herzlich, die folgenden Fragen zu beantworten. Lesen Sie bitte die Fragen genau durch und kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die aus Ihrer Sicht am besten zutrifft. Lassen Sie bitte keine Frage aus.

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
1. Wie zufrieden sind Sie mit ...				
... der Wartezeit auf den 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"/>

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
2. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin in Bezug auf ...				
... die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung?.....	<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"/>
... die Informationen über die geplante Therapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Informationen darüber, was Sie selbst auch zur Heilung beitragen können (z.B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)?.....	<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, Krankengymnastik)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Wie zufrieden sind Sie <u>im allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin in Bezug ...	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... auf sein/ihr Verständnis? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf sein/ihr Einfühlungsvermögen? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf Menschlichkeit? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf die Zeit, die er/sie Ihnen widmet? .....	<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"/>
... auf Zuspruch und Unterstützung? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf seine/ihre Geduld? .....	<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"/>

4. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin in Bezug auf seine /ihre...	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Haben Sie Vertrauen zu Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin?	Ja, ich habe großes Vertrauen .....	<input type="checkbox"/>
	Ja, ich habe eher großes Vertrauen .....	<input type="checkbox"/>
	Ich habe eher wenig Vertrauen .....	<input type="checkbox"/>
	Nein, ich habe kein Vertrauen .....	<input type="checkbox"/>
	Ich kenne den Arzt nicht lange genug.....	<input type="checkbox"/>
6. Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch Ihren Arzt/Ihre Ärztin <u>im Allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) ein?	Sehr hoch .....	<input type="checkbox"/>
	Eher hoch .....	<input type="checkbox"/>
	Eher gering .....	<input type="checkbox"/>
	Sehr gering.....	<input type="checkbox"/>
7. Wie zufrieden sind sie mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin <u>im Allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen)?	Sehr zufrieden .....	<input type="checkbox"/>
	Eher zufrieden .....	<input type="checkbox"/>
	Eher unzufrieden .....	<input type="checkbox"/>
	Sehr unzufrieden.....	<input type="checkbox"/>

8. Ihr Geschlecht?	Weiblich.....	<input type="checkbox"/>
	Männlich .....	<input type="checkbox"/>
9. Wie alt sind Sie?	_____ Jahre	

Weitere Anmerkungen:	
----------------------	--

**Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitarbeit!**