

## Ihre Meinung ist gefragt

Sehr geehrte Patienten,

Ihre Zufriedenheit mit unseren Praxisleistungen liegt uns am Herzen.

Wir möchten gern 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.

Sofern Sie Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an.

Besten Dank!

Ihr Praxisteam

**Wenn Sie sich beteiligen, beachten Sie bitte Folgendes:**

- ▶ Beantworten Sie bitte alle Fragen und lassen Sie keine aus.
- ▶ Kreuzen Sie je Frage bitte nur die Antwort an, die für Sie am ehesten zutrifft.
- ▶ Wenn Sie den Fragebogen während des Praxisbesuches ausfüllen, werfen Sie den ausgefüllten Bogen bitte in die bereit gestellte Box.
- ▶ Wenn Sie den Fragebogen zuhause ausfüllen, senden Sie den Bogen bitte auf postalischem Weg an die Praxis zurück.

		Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
		3	2	1	0
A	<b>1. Wie zufrieden sind Sie mit...</b>				
A 01	...der Wartezeit auf einen Arzttermin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 02	...der Wartezeit in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 03	...der Freundlichkeit des Praxispersonals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 04	...der Atmosphäre in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	<b>2. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> mit diesem Arzt / dieser Ärztin in Bezug auf...</b>				
B 01	...die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 02	...die Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 03	...die Informationen über die geplante Therapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 04	...die Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 05	...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"/>
B 06	...die Verständlichkeit der Informationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 07	...die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 08	...die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z. B. Medikamente, Krankengymnastik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C	<b>3. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> mit diesem Arzt / dieser Ärztin in Bezug...</b>	<b>Sehr zufrieden</b>	<b>Eher zufrieden</b>	<b>Eher unzufrieden</b>	<b>Sehr unzufrieden</b>
		3	2	1	0
C 01	...auf sein / ihr Verständnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 02	...auf sein / ihr Einfühlungsvermögen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 03	...auf Menschlichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 04	...auf die Zeit, die er / sie Ihnen widmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 05	...darauf, ernst genommen zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 06	...auf Zuspruch und Unterstützung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 07	...auf seine / ihre Geduld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 08	...darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	<b>4. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> mit diesem Arzt / dieser Ärztin in Bezug auf die...</b>				
D 01	...Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 02	...Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 03	...Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	<b>5. Wie werden Sie von dieser Ärztin / diesem Arzt in Entscheidungen über Untersuchungen und Behandlungen einbezogen?</b>	<b>Immer</b>	<b>Meistens</b>	<b>Selten</b>	<b>Nie</b>
		3	2	1	0
E 01	Mir werden verschiedene Möglichkeiten (z. B. Untersuchung oder Behandlung) angeboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 02	Mit mir wird über Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten diskutiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 03	Ich werde danach gefragt, welche Möglichkeiten ich bevorzuge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 04	Ich werde in dem Maß in Entscheidungen eingebunden, wie ich es möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F	<b>6. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> mit diesem Arzt / dieser Ärztin in Bezug auf...</b>	<b>Sehr zufrieden</b>	<b>Eher zufrieden</b>	<b>Eher unzufrieden</b>	<b>Sehr unzufrieden</b>
		3	2	1	0
	...Qualität und Ausmaß der Informationen, die Sie erhalten haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G	7. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> mit diesem Arzt / dieser Ärztin in Bezug auf...	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
		3	2	1	0
	...Ihre Beteiligung an medizinischen Entscheidungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H	8. Haben Sie Vertrauen zu...	Ja, ich habe großes Vertrauen	Ja, ich habe eher großes Vertrauen	Ich habe eher wenig Vertrauen	Nein, ich habe kein Vertrauen	Ich kenne den Arzt /die Ärztin nicht lange genug
		4	3	2	1	0
	...diesem Arzt / dieser Ärztin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I	9. Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch...	Sehr hoch	Eher hoch	Eher gering	Sehr gering
		3	2	1	0
	...diesen Arzt / diese Ärztin <u>im Allgemeinen</u> ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

J	10. Wie zufrieden sind Sie mit...	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
		3	2	1	0
	...diesem Arzt / dieser Ärztin <u>im Allgemeinen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Zusatzfragen</b>			
K	Wie alt sind Sie?	unter 18 Jahre	<input type="checkbox"/> 0
		18 bis 30 Jahre	<input type="checkbox"/> 1
		31 bis 45 Jahre	<input type="checkbox"/> 2
		46 bis 60 Jahre	<input type="checkbox"/> 3
		61 Jahre und älter	<input type="checkbox"/> 4

## Patientenzufriedenheit

L	<b>Wie sind Sie krankenversichert?</b>	<b>gesetzlich</b>	<input type="checkbox"/> g
		<b>privat</b>	<input type="checkbox"/> p
M	<b>Wie lange werden Sie bereits in dieser Praxis behandelt?</b>	<b>Ich war zum ersten Mal in dieser Praxis.</b>	<input type="checkbox"/> 0
		<b>weniger als 1 Jahr</b>	<input type="checkbox"/> 1
		<b>1 bis 2 Jahre</b>	<input type="checkbox"/> 2
		<b>3 bis 5 Jahre</b>	<input type="checkbox"/> 3
		<b>mehr als 5 Jahre</b>	<input type="checkbox"/> 4

**Vielen Dank!**