



Patientenzufriedenheitsmessung Hausarztpraxis Dieter Demo

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.

Um die Bewertung durchzuführen, begeben Sie sich bitte auf die Internetseite <https://www.hatallesgepasst.de> und geben dort die Ticketnummer **531@bCKaC4YC** ein. Mit mobilen Endgeräten können Sie einfach den QR-Code links oben scannen. Alternativ können Sie den ausgefüllten Bogen am Empfang abgeben. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

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 Arztes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Freundlichkeit des restlichen 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"/>

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"/>
... auf die Bereitschaft des Arztes, Sie rechtzeitig zu überweisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

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

2.Fragenabschnitt

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 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"/>
... der Zusammenarbeit mit anderen Ärzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nach Ihrem Empfinden...

	Sehr hoch	Eher hoch	Eher gering	Sehr gering
Wie hoch ist das Vertrauen zu Ihrem Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hoch schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch Ihren Arzt im Allgemeinen (d.h. nicht auf den heutigen Arztbesuch bezogen) ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persönliche Daten (freiwillig)

Sie sind

Männlich Weiblich

Versichert bei

AOK Barmer BKK DAK IKK KKH TKK PKV andere

Ihr Alter:

Abschließend...

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.: