

# Mitarbeiterbefragung

Sehr geehrte Praxismitarbeiterinnen, sehr geehrte Praxismitarbeiter,

Ihre Meinung ist gefragt!

Diese Befragung dient der Analyse Ihrer Gesundheits- und Belastungssituation am Arbeitsplatz. Zur Gewährleistung des Datenschutzes möchten wir Sie bitten von der Notierung Ihres Namens oder anderen personenbezogenen Angaben abzusehen. Die Teilnahme an der Befragung beruht auf freiwilliger Basis. Wir hoffen jedoch, dass Sie die Möglichkeit nutzen, um uns Ihre Erfahrungen und Wünsche mitzuteilen.

Tätigkeitsbereich:	trifft voll und ganz	überhaupt nicht zu				Keine Angabe
Mein Aufgabengebiet empfinde ich als abwechslungsreich.	<input type="checkbox"/>					
Ich habe ausreichend Zeit, um meine Tätigkeiten ordnungsgemäß zu erledigen / für Patienten.	<input type="checkbox"/>					
Ich fühle mich oft über- oder unterfordert.	<input type="checkbox"/>					
Arbeitsatmosphäre:	sehr gut/ immer	sehr schlecht/ nie				Keine Angabe
Die Zusammenarbeit in unserer Praxis funktioniert aus meiner Sicht gut.	<input type="checkbox"/>					
Ich erhalte Lob / Anerkennung für meine geleistete Arbeit.	<input type="checkbox"/>					
Meine Meinung wird bei wichtigen Entscheidungen berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>					
Arbeitsorganisation:	voll und ganz	überhaupt nicht				Keine Angabe
Das Informationsmanagement in der Praxis ist geregelt.	<input type="checkbox"/>					
In der Praxis sind die organisatorischen Aufgaben und Abläufe für alle verbindlich festgelegt.	<input type="checkbox"/>					
Der Umgang mit Risiken und sicherheitsrelevanten Ereignissen ist festgelegt.	<input type="checkbox"/>					
Mein Beruf lässt sich mit Freizeit/Familie vereinbaren.	<input type="checkbox"/>					

**Bitte wenden →**

# Mitarbeiterbefragung

Arbeitsumgebung:	sehr gut				sehr schlecht	Keine Angabe
Wie empfinden Sie die Raum/Platzverhältnisse in der Praxis?	<input type="checkbox"/>					
Die Ausstattung meines Arbeitsplatzes entspricht meinen Anforderungen	<input type="checkbox"/>					
Unternehmensleistung:	sehr gut				sehr schlecht	Keine Angabe
Wie empfinden Sie die Bezahlung Ihrer Arbeitsleistung?	<input type="checkbox"/>					
Wie empfinden Sie die Möglichkeiten der beruflichen Entwicklung?	<input type="checkbox"/>					
Beurteilung Ihrer Gesamtzufriedenheit:						
	sehr gut				sehr schlecht	Keine Angabe
Beschreibung Ihres Gesundheitszustandes.	<input type="checkbox"/>					
	voll und ganz				überhaupt nicht	Keine Angabe
Entspricht Ihre tägliche Arbeit den Vorstellungen, die Sie vom Beruf hatten?	<input type="checkbox"/>					
	sehr zufrieden				sehr unzufrieden	Keine Angabe
Wie sind Sie insgesamt mit der Praxis zufrieden?	<input type="checkbox"/>					
Verbesserungsvorschläge/Anmerkungen:						

**Vielen Dank für die Teilnahme an der Befragung!**