

Name

Logo

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihre Meinung ist uns wichtig! Wir möchten mit Hilfe dieses Fragebogens erfahren, wie zufrieden Sie mit unseren Leistungen sind und wie wir Ihre Bedürfnisse zukünftig noch besser erfüllen können. Selbstverständlich bleiben Ihre Antworten **anonym**.

Beantworten Sie bitte jede Frage spontan durch Ankreuzen:



- Nach dem Prinzip der Schulnoten von **1 (=Sehr gut)** bis **5 (=Mangelhaft)**.
- **Nur eine Antwort pro Frage** wird gewertet
- Antworten **zwischen zwei Antwortmöglichkeiten zählen nicht**.
- Fragen, die nicht zutreffen, lassen Sie bitte aus.

Sollten Sie Verständnisprobleme haben, wenden Sie sich gerne an unsere MitarbeiterInnen.

Wir arbeiten für Ihre Gesundheit und Ihr Wohlergehen. Mit der Beantwortung der Fragen helfen Sie uns, noch besser zu werden. Daher freuen wir uns besonders über Ihre **persönlichen Anmerkungen**.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit und Anregungen.

Ihr Praxisteam

Fragen zu Ihrer Person							
Ihr Alter?	<input type="checkbox"/> bis 35 Jahre	<input type="checkbox"/> bis 50 Jahre	<input type="checkbox"/> bis 65 Jahre	<input type="checkbox"/> über 65 Jahre			
Wie lange sind Sie schon Patient in unserer Praxis?	<input type="checkbox"/> zum ersten Mal	<input type="checkbox"/> bis 2 Jahre		<input type="checkbox"/> viele Jahre			
Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Pers. Empfehlung	<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Vorgänger				
	<input type="checkbox"/> Zuweisender Arzt	<input type="checkbox"/> Anzeige	<input type="checkbox"/> Keine Angabe				
Arztbesuch bei:	<input type="checkbox"/> Dr. xyz	<input type="checkbox"/> Dr. abc	<input type="checkbox"/> Dr. efg				
Organisation/Ausstattung			Beurteilung: Schulnotensystem				
		Noten:	1	2	3	4	5
Wie zufrieden sind Sie...							
... mit den Sprechzeiten unserer Praxis?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der telefonischen Erreichbarkeit?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit den Wartezeiten auf einen Termin?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit den Wartezeiten in unserer Praxis?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Ausstattung unseres Wartebereichs?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit dem Erscheinungsbild unserer Praxisräume?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit der Hygiene und Sauberkeit der Praxis?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit unserem Informationsmaterial (z.B. Praxisflyer, Zeitschriften, ...)?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mit unserer Praxishomepage? – Optional –			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden ➔