

PATIENTENBEFRAGUNG

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

uns ist bewusst, dass die Zufriedenheit unserer Patienten das Wichtigste ist. Daher möchten wir Ihnen gerne einige Fragen zu unserer Praxis stellen. Ihre Antworten werden uns helfen, für Sie und alle anderen Patienten noch besser zu werden.

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Fragebogen in die dafür vorgesehene Box im Wartebereich. Die Fragen werden selbstverständlich anonym behandelt. Bitte schreiben Sie daher nicht Ihren Namen auf den Fragebogen!

Für Ihre offene und gewissenhafte Beantwortung sagen wir ganz herzlich Danke!

Ihr Praxisteam.

Und so wird's gemacht:

Grundsätzlich gibt es drei Arten von Fragen:



1. Fragen nach der **Wichtigkeit** und nach der **Zufriedenheit** (siehe Beispiel)

"Die Wartezeiten in der Praxis sind..."

Kreuzen Sie bei **Wichtigkeitsgrad** eine 1 an, wenn kurze Wartezeiten für Sie besonders wichtig sind.

Und kreuzen Sie bei **Zufriedenheit** eine 5 an, wenn Sie mit den Wartezeiten unzufrieden sind.

Bitte füllen Sie **immer beides** aus!!!

Wichtigkeitsgrad

Zufriedenheit

sehr wichtig
wichtig
unwichtig
 1 2 3

sehr gut
gut
befriedigend
schlecht
sehr schlecht
1 2 3 4

und

2. Fragen, bei denen Sie aus mehreren Antwortvorgaben auswählen können.

3. Fragen, die Sie mit **ja** oder **nein** beantworten können.

Bitte versuchen Sie, den Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen.

Bitte geben Sie uns einige allgemeine Informationen:

Mein/e Therapeut/en in dieser Praxis: _____

Datum: _____

1. Alter	<input type="checkbox"/> ₁ bis 18	<input type="checkbox"/> ₂ 19 bis 33	<input type="checkbox"/> ₃ 34 bis 59	<input type="checkbox"/> ₄ 60 und älter
2. Geschlecht	<input type="checkbox"/> ₁ Männlich	<input type="checkbox"/> ₂ Weiblich		
3. Berufsstand	<input type="checkbox"/> ₁ Selbständig	<input type="checkbox"/> ₂ Angestellt/Arb.	<input type="checkbox"/> ₃ Beamter	<input type="checkbox"/> ₄ Erwerbslos
	<input type="checkbox"/> ₅ Hausfrau/-mann	<input type="checkbox"/> ₆ Rentner(in)	<input type="checkbox"/> ₇ Schüler/Student	
4. Krankenkasse	<input type="checkbox"/> ₁ Gesetzlich (pflichtversichert)	<input type="checkbox"/> ₂ Gesetzlich (freiwillig)	<input type="checkbox"/> ₃ Privat	<input type="checkbox"/> ₄ Berufsgenossenschaft
	<input type="checkbox"/> ₅ 1 bis 5 Jahre	<input type="checkbox"/> ₆ weniger als ein Jahr	<input type="checkbox"/> ₇ über 5 Jahre	<input type="checkbox"/> ₈ Sonstige
5. Wie lange sind Sie schon in unserer Praxis?	<input type="checkbox"/> ₁ zum ersten Mal	<input type="checkbox"/> ₂ weniger als ein Jahr	<input type="checkbox"/> ₃ 1 bis 5 Jahre	<input type="checkbox"/> ₄ über 5 Jahre

6. Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- 1 Empfehlung von Verwandten, Bekannten, Kollegen
- 2 Empfehlung oder Überweisung durch einen Arzt
- 3 Internet / Homepage
- 4 Praxisschild
- 5 Sonstiges: _____

Praxisräume und Praxismitarbeiter / innen:

	Bitte kreuzen Sie immer Wichtigkeit <i>UND</i> Zufriedenheit an.	Wichtigkeit			Zufriedenheit					
		sehr wichtig	wichtig	unwichtig	sehr gut	gut	befriedigend	schlecht	sehr schlecht	
7. Die Gestaltung der Rezeption / Wartebereich ist...		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	und	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Die Gestaltung der Praxisräume insgesamt ist...		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	und	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
9. Sauberkeit und Hygiene in der Praxis sind...		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	und	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
10. Die Freundlichkeit aller Praxismitarbeiter / innen ist...		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	und	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
11. Das Betriebsklima ist...		<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	und	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

Praxisablauf:

	Wichtigkeit			Zufriedenheit					
	sehr wichtig	wichtig	unwichtig	sehr gut	gut	befriedigend	schlecht	sehr schlecht	
12. Die Organisation der Praxis ist...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	und	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
13. Die Öffnungszeiten der Praxis sind...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	und	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
14. Welche Praxiszeiten würden Sie zusätzlich gerne wahrnehmen? (Bitte maximal <u>zwei</u> Antworten ankreuzen!)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6					
	Behandlungstermine früher als bisher	Behandlungstermine am Samstag	Behandlungstermine später als bisher	Ich bin zufrieden					
15. Die telefonische Erreichbarkeit der Praxis ist...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	und	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
16. Die Wartezeiten in der Praxis sind...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	und	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

17. Wie lange sind die Wartezeiten in der Praxis?	mit Termin:	ohne Termin:	
	0 bis 10 Min.	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
	11 bis 20 Min.	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
	21 bis 30 Min.	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
	31 bis 40 Min.	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
	41 bis 50 Min.	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
	51 bis 60 Min.	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
länger als 60 Min.	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	

18. Wie schnell haben Sie einen Behandlungstermin erhalten ?	<input type="checkbox"/> 1	am selben Tag
	<input type="checkbox"/> 2	1-3 Tage
	<input type="checkbox"/> 3	länger als 3 Tage

Patienteninformation:

	Wichtigkeit			Zufriedenheit					
	sehr wichtig	wichtig	unwichtig						
19. Die verfügbaren Praxis-Informationen sind...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	und	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. Die Informat. über Behandlungsmöglichkeiten sind...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	und	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. Welche Behandlungen finden Sie interessant? (Bitte maximal <u>fünf</u> Antworten ankreuzen!)									
<input type="checkbox"/> 1 Hot Stone	<input type="checkbox"/> 8 Schüssler Salze								
<input type="checkbox"/> 2 Fußreflexzonenbehandlung	<input type="checkbox"/> Schröpfen								
<input type="checkbox"/> 3 Stosswellenbehandlung	<input type="checkbox"/> 10 Traditionelle chinesische Medizin								
<input type="checkbox"/> 4 Tapen, Taping	<input type="checkbox"/> 11 CMD Behandl. bei Kieferbeschwerden								
<input type="checkbox"/> 5 Thai Massage	<input type="checkbox"/> 12 Migränebehandlung								
<input type="checkbox"/> 6 Massage allgemein	<input type="checkbox"/> 13 Tinnitusbehandlung								
<input type="checkbox"/> 7 Manuelle Therapie	<input type="checkbox"/> 14 Sonstige: _____								
22. Haben Sie zu diesen Behandlungen schon einmal zusätzliche Gesundheitsleistungen genutzt, die Sie selber bezahlt haben?									<input type="checkbox"/> 1 ja <input type="checkbox"/> 2 nein
23. Sind Sie bereit, sinnvolle zusätzliche Gesundheitsleistungen zu nutzen, auch wenn Sie diese selber bezahlen müssen?									
<input type="checkbox"/> 1 nein	Wieviel wären Sie bereit, dafür monatlich aufzuwenden?								
<input type="checkbox"/> 2 vielleicht	<input type="checkbox"/> 1 bis 50 €	<input type="checkbox"/> 2 bis 100 €							
<input type="checkbox"/> 3 ja	<input type="checkbox"/> 3 bis 150 €	<input type="checkbox"/> über 150 €							

Während Ihrer Therapie:

	Wichtigkeit	Zufriedenheit
24. Die Verständlichkeit des Therapeuten und seiner Erläuterungen ist...	sehr wichtig wichtig unwichtig <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	sehr gut gut befriedigend schlecht sehr schlecht <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
25. Geduld und Zeit des Therapeuten während meines Termins sind...	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
26. Die Vorbereitung des Therapeuten auf meinen Termin ist...	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
27. Die Aufklärung über Behandlung u. weitere Behandlungsmethoden durch den Therapeuten ist...	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

Nach dem Praxisbesuch:

28. Haben Sie die Praxis schon einmal weiterempfohlen? 1 ja 2 nein

29. Haben Sie schon einmal mit dem Gedanken gespielt die Praxis zu wechseln?

<input type="checkbox"/> 1 nein <input type="checkbox"/> 2 manchmal <input type="checkbox"/> 3 ja	Was waren die Gründe? <input type="checkbox"/> 1 Unfreundliche Behandlung <input type="checkbox"/> 2 Schlechte Leistung <input type="checkbox"/> 3 Sonstiges: _____
---	--

30. Was ist bei unserer Praxis besser als bei anderen Praxen?
(Bitte maximal 6 Antworten ankreuzen!)

<input type="checkbox"/> 1 Therapeut ist medizinisch besser <input type="checkbox"/> 2 Therapeut nimmt sich Zeit <input type="checkbox"/> 3 Umfassende und verständliche Beratung <input type="checkbox"/> 4 Therapeut kennt meine Situation <input type="checkbox"/> 5 Praxismitarbeiter sind besser <input type="checkbox"/> 6 Praxis ist besser erreichbar <input type="checkbox"/> 7 Günstige Sprechzeiten / Schnelle Termine <input type="checkbox"/> 8 Leistungsspektrum und Geräte <input type="checkbox"/> 9 Gute Einrichtung und Atmosphäre in der Praxis	<input type="checkbox"/> 0 Geringe Wartezeiten <input type="checkbox"/> 1 Wenig Hektik in der Praxis <input type="checkbox"/> 2 Vertraulichkeit und Diskretion <input type="checkbox"/> 3 Nichts ist besser, eher genauso gut, wie in anderen Praxen <input type="checkbox"/> 4 Nichts ist besser, eher schlechter als in anderen Praxen
--	--

Eigene Bemerkungen und Verbesserungsvorschläge:

31. Was ich schon immer einmal sagen wollte: _____
