

Fragebogen zur Qualitätsverbesserung: Wie zufrieden sind Sie mit meiner Praxis ?

Aus welchen Gründen sind Sie Patient unserer Praxis ?

1. Die Praxis ist für mich gut zu erreichen
2. Ich fühle mich in der Praxis wohl
3. Ich schätze die fachliche Qualifikation des Arztes
4. Ich habe Vertrauen zum Praxisteam
5. Der Arzt wurde mir empfohlen
 - von Ärzten
 - von Bekannten
 - von Selbsthilfegruppen

Kreuzen Sie bitte an, für wie viele Helferinnen die folgenden Aussagen zutreffen

Die Helferinnen sind stets sehr freundlich

alle die meisten einige eine keine

Die Helferinnen zeigen für Probleme Verständnis

alle die meisten einige eine keine

Die Helferinnen sind auch bei schwierigen Situationen sehr einfühlsam

alle die meisten einige eine keine

Die Helferinnen sind sehr aufmerksam, auch wenn viel Hektik in der Praxis ist

alle die meisten einige eine keine

Die Helferinnen sind sehr geschickt bei Ihrer Arbeit

alle die meisten einige eine keine

Welche Eigenschaften Ihres behandelnden Arztes schätzen Sie am meisten ?

(Bitte Noten geben: 1 Ja – 2 meistens – 3 selten – 4 nie)

Note

Mein Arzt fragt gezielt nach meinen Beschwerden

Mein Arzt kann mir medizinische Sachverhalte verständlich erklären

Mein Arzt erläutert mir mein Krankheitsbild und die weiteren Behandlungsschritte

- Mein Arzt nimmt sich Zeit für mich
- Mit meinem Arzt kann ich offen reden
- Mein Arzt kann gut zuhören
- Mein Arzt vermittelt mir im Gespräch Sicherheit
- Mein Arzt ist bei Untersuchungen sehr gründlich

Welche Informationen sollte unsere Praxis Ihnen zusätzlich bereitstellen ?

- Verständliche Zusatz-Informationen über meine Erkrankung
- Hilfestellung zur richtigen Einnahme meiner Tabletten
- Kontaktadressen zu Selbsthilfegruppen und/oder ärztlich geführten Sportgruppen
- Inanspruchnahme von Informationsdiensten der pharmazeutischen Industrie

Weitere Vorschläge, Anregungen und Kritik !

An Gesundheitsseminaren mit einem Eigenanteil würde mich interessieren:

- Rückenschule
- Anti-Stress und Entspannungstraining
- Ernährung
- Leistungsverbesserung
- Übergewicht
- Schlafstörung
- Nikotinentwöhnung

An meine Impftermine und Gesundheitsvorsorgetermine möchte ich schriftlich informiert werden

(Wenn Ja, bitte unbedingt Namen und Adresse eintragen)

Ja

Falls Sie weitere Verbesserungsvorschläge oder Anregungen haben, bitte notieren Sie diese hier:

Zum Schluss tragen Sie noch bitte Ihren Namen und Ihre Adresse ein.

Name: _____

Adresse: _____

Vielen Dank für Ihre Zusammenarbeit.