

FRAGEBOGEN

zur Patientenzufriedenheit

Liebe Patientinnen und Patienten!

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen unseren Fragebogen zu bearbeiten.

Sie haben hier die Möglichkeit, sich zu verschiedenen Themen und Bereichen der Praxis zu äußern.

Zudem ist es für uns eine wichtige Unterstützung bei unsere Bemühungen die Qualität unseres Angebotes zu wahren und auch zu verbessern. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns folgende Fragen beantworten würden - selbstverständlich ist diese Befragung anonym.

- weiblich männlich
 bis 20 21 - 35 36 - 50 51 - 65 älter als 65

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen folgende Hinweise:

Bei den Bewertungen orientieren Sie sich an den bekannten Schulnoten.

Von Note **1 (sehr gut)** bis Note **6 (ungenügend)**

A Erscheinungsbild der Praxis

- | | | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. Gebäude und Außengestaltung | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 2. Empfang/Rezeption | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 3. Einrichtung und Ausstattung d. Wartebereiches | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 4. Einrichtung und Ausstattung d. Therapieräume | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 5. Wahrung der Privatsphäre in den Räumen | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 6. Ordnung in den Räumen | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 7. Sauberkeit und Hygiene der Praxis | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 8. Parkplatzsituation | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |

B Organisation der Praxis

- | | | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1. Telefonische Erreichbarkeit der Praxis | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 2. Flexibilität bei der Terminvergabe | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 3. Wartezeit bis zu Ihrem ersten Termin | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 4. Wartezeit vor der Behandlung | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 5. Freundlichkeit der Mitarbeiter an der Rezeption | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |

C Therapiequalität der Praxis

- 1. Durchführung/Umsetzung der Therapie 1 2 3 4 5 6
- 2. Erfolg der therapeutischen Behandlung 1 2 3 4 5 6
- 3. Befunderhebung und Erklärung 1 2 3 4 5 6
- 4. Zufriedenheit mit dem Therapeuten 1 2 3 4 5 6
- 5. Wie zufrieden waren Sie insgesamt 1 2 3 4 5 6

D Image der Praxis

- 1. Wie beurteilen Sie unseren Bekanntheitsgrad 1 2 3 4 5 6
- 2. Wie beurteilen Sie unser Image 1 2 3 4 5 6
- 3. Wie beurteilen Sie unser Leistungsangebot 1 2 3 4 5 6
- 4. Wie beurteilen Sie die Lage unseres Standortes 1 2 3 4 5 6
- 5. Wie beurteilen Sie unsere Öffnungszeiten 1 2 3 4 5 6

E Empfehlung

1. Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung von Freunden und Bekannten
- Empfehlung vom Arzt
- Sonstiges _____
- Gelbe Seiten/Telefonbuch
- Internet/Homepage

2. Werden Sie uns weiterempfehlen?

- Ja
- Nein

Verbesserungsvorschläge

Wir möchten für Sie die Atmosphäre in unserer Praxis so angenehm wie möglich zu gestalten. Nochmals vielen Dank, dass Sie sich die Mühe gemacht haben unsere Fragen zu beantworten.

Bitte werfen Sie den Fragebogen einfach in unseren Briefkasten am Eingang!

Markus Poser
mit Praxisteam