

FRAGEBOGEN

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir legen Wert darauf, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und mit der Behandlung zufrieden sind. Wir möchten mit diesem Fragebogen erfahren, wie zufrieden Sie mit unserer Leistung sind und wie wir Ihre Bedürfnisse zukünftig noch besser erfüllen können. Sie helfen uns dabei, wenn Sie die nachstehenden Fragen beantworten. Vielen Dank!

Ihr Praxisteam

Wie beurteilen Sie folgende Leistungen:

Notenskala von 1–5 (sehr gut – schlecht)

	1	2	3	4	5
1. Sprechzeiten unserer Praxis:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wartezeiten auf einen Termin:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Rezeption und Patientenempfang:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ausstattung des Wartebereichs:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Erläuterung der Behandlungsschritte:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Diagnose und Therapie-Vorschläge:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Erläuterung der Ursachen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gesprächsklima und Freundlichkeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Zeitbudget zur Beantwortung meiner Fragen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alternative Methoden zur Therapie:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was gefällt Ihnen an unserer Praxis besonders gut?

Was sollten wir Ihrer Meinung nach verändern oder verbessern?

Würden Sie uns weiterempfehlen?

ja nein

Ihr Geschlecht:

männlich weiblich divers

Ihr Alter:

bis 20 bis 40 bis 60 bis 80 Jahre über 80 Jahre

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Teilnahme!