

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten die Arbeit unserer Praxis ständig verbessern und noch stärker an Ihre Bedürfnisse als Patient anpassen. Dafür ist uns Ihre Meinung sehr wichtig. Aus diesem Grund führen wir eine Patientenbefragung durch. Uns interessiert Ihre persönliche Meinung über unsere Praxis/ MVZ, dabei gibt es keine richtigen oder falschen Antworten. Bitte beantworten Sie alle Fragen möglichst vollständig und zügig. Meist ist der erste Gedanke der beste. Kontrollieren Sie bitte, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Die Angaben, die Sie in diesem Fragebogen machen, bleiben selbstverständlich anonym.

Ihre Praxis/ Ihr MVZ ...
Frau/ Herr Dr.

....., den xx.xx.xxxx

Ausfüllhinweise:

Damit sich der Fragebogen besser liest, heißt es immer der Arzt. Gemeint sind aber auch die Ärztin oder auch die Ärzte, wenn es in ihrer Praxis mehr als einen Arzt gibt.

Hinweise zum Datenschutz:






Wenn Sie den Fragebogen ausfüllen, erklären Sie sich damit einverstanden, dass wir Ihre Angaben in anonymisierter Form speichern und auswerten. Dabei wird der Datenschutz gewährleistet. Die ausgewerteten Daten lassen keine Rückschlüsse auf Sie als Ausfüllender zu.

| Wie ausfüllen? | stimme überhaupt nicht zu | stimme eher nicht zu | stimme eher zu | stimme voll und ganz zu |
|-----------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| So kreuzen Sie richtig an: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| So nehmen Sie eine Korrektur vor: | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

Vielen Dank für Ihre Zeit und Unterstützung!

| 1. Oberthema | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------------------|--------------------------|-------------------------------|
| Wie ist Ihr Eindruck? (Bitte kreuzen Sie in <u>jeder</u> Zeile nur ein Kästchen an.) | | | | |
| | stimme überhaupt nicht zu | stimme eher nicht zu | stimme eher zu | stimme voll und ganz zu |
| Individuelle Frage eintragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Individuelle Frage eintragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 2. Oberthema | | |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Ja | Nein |
| Ja-Nein-Frage eintragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja-Nein-Frage eintragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| 3. Oberthema | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| |  un- zufrieden |  eher unzu- frieden |  weder unzu- frieden noch zufrieden |  eher zufrieden |  zufrieden |
| Zufriedenheitsfrage eintragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zufriedenheitsfrage eintragen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Ihr Geschlecht? | |
|-----------------|--------------------------|
| männlich | <input type="checkbox"/> |
| weiblich | <input type="checkbox"/> |
| | |
| | |

| Wie alt sind Sie? | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| 18 bis 29 Jahre | <input type="checkbox"/> | 60 bis 69 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| 30 bis 39 Jahre | <input type="checkbox"/> | 70 bis 79 Jahre | <input type="checkbox"/> |
| 40 bis 49 Jahre | <input type="checkbox"/> | 80 Jahre und älter | <input type="checkbox"/> |
| 50 bis 59 Jahre | <input type="checkbox"/> | | |