

Praxis:	Fragebogen Patientenzufriedenheit	FB-Patientenbefragung 1.1 Version 2.0
---------	--	--

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Wohlbefinden liegt uns am Herzen. Wir möchten, dass Sie mit unserer Behandlung und Betreuung zufrieden sind. Deshalb ist es wichtig für uns, Ihre persönliche Einschätzung zu erfahren. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, die folgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben helfen uns, Verbesserungsmöglichkeiten unserer Arbeit zu erkennen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam

	sehr zufrieden	zufrieden	un- zufrieden	sehr un- zufrieden
Wie zufrieden sind Sie mit Frau Dr. Muster?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit dem persönlichen Gespräch mit Frau Dr. Muster?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit dem Praxispersonal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit der Erreichbarkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit der Wartezeit auf einen Termin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit unseren Sprechzeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit den Praxisräumen und deren Ausstattung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie können wir Ihre Zufriedenheit verbessern? Bitte nennen Sie konkrete Vorschläge.

Was hat Ihnen während des Praxisaufenthalts am besten gefallen?

Worüber haben Sie sich geärgert? Was hat Sie gestört?

Praxis:	Fragebogen Patientenzufriedenheit Modul Arzt	FB-Patientenbefragung 1.2 Version 2.0
---------	---	--

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Wohlbefinden liegt uns am Herzen. Wir möchten, dass Sie mit unserer Behandlung und Betreuung zufrieden sind. Deshalb ist es wichtig für uns, Ihre persönliche Einschätzung zu erfahren. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, die folgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben helfen uns, Verbesserungsmöglichkeiten unserer Arbeit zu erkennen. Bitte nutzen Sie die Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam

	1	2	3	4	5	6
Wie freundlich ist Frau Dr. Muster?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie ihr Einfühlungsvermögen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie geduldig ist sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wieviele weiß sie über Ihre (evt. seltene) Krankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie das Verständnis Ihnen gegenüber?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwieweit werden Sie und Ihre Probleme ernst genommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwieweit ist Frau Dr. Muster bereit, Ihre Fragen zu beantworten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit der Zuwendung und Unterstützung, die sie Ihnen anbietet??	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwieweit haben Sie das Gefühl als Mensch und nicht als „Nummer“ behandelt zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gründlich und sorgfältig ist sie bei Untersuchungen und Behandlungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				ja	nein	
Haben Sie Vertrauen zu Frau Dr. Muster?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie das Gefühl, dass Frau Dr. Muster „gute“ Arbeit leistet?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Werden Sie gesund bei Frau Dr. Muster?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Wie können wir Ihre Zufriedenheit verbessern? Bitte nennen Sie konkrete Vorschläge.

Was hat Ihnen während des Praxisaufenthalts am besten gefallen?

Worüber haben Sie sich geärgert? Was hat Sie gestört?

Praxis:	Fragebogen Patientenzufriedenheit Modul Gespräch mit dem Arzt	FB-Patientenbefragung 1.3 Version 2.0
---------	--	--

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Wohlbefinden liegt uns am Herzen. Wir möchten, dass Sie mit unserer Behandlung und Betreuung zufrieden sind. Deshalb ist es wichtig für uns, Ihre persönliche Einschätzung zu erfahren. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, die folgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben helfen uns, Verbesserungsmöglichkeiten unserer Arbeit zu erkennen. Bitte nutzen Sie die Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam

	1	2	3	4	5	6
Wie gut fühlen Sie sich zu Ihrer Erkrankung, deren Ursache und deren Verlauf informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gut fühlen Sie sich über die geplante Therapie informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gut fühlen Sie sich über die Risiken und Nebenwirkungen (bei Therapie und Medikamenten) informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gut fühlen Sie sich darüber informiert, was Sie selbst zur Heilung beitragen können (z. B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungs- und Verhaltenstipps)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie verständlich sind diese Informationen (z.B. Sprache, Umfang)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie Ihre eigene Einflussnahme auf Entscheidungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwieweit berücksichtigt Frau Dr. Muster alle Behandlungsmöglichkeiten (z. B. Medikamente, Krankengymnastik)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwieweit widmet Sie Ihnen genug Zeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gut bezieht sie Ihre Angehörigen in das Gespräch ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				ja		nein
Lädt Frau Dr. Muster Sie ein, Fragen jederzeit zu stellen?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Haben Sie sich auf Ihren Arztbesuch vorbereitet?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Haben Sie Ihre vorbereiteten Fragen stellen können?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Wenn nein, was hat Sie Ihrer Ansicht nach davon abgehalten?

Hat Ihnen bei Ihrem Arztbesuch etwas gefehlt?

Was hat Ihnen während des Praxisaufenthalts am besten gefallen?

Worüber haben Sie sich geärgert? Was hat Sie gestört?

Praxis:	Fragebogen Patientenzufriedenheit Modul Praxispersonal	FB-Patientenbefragung 1.4 Version 2.0
---------	---	--

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Wohlbefinden liegt uns am Herzen. Wir möchten, dass Sie mit unserer Behandlung und Betreuung zufrieden sind. Deshalb ist es wichtig für uns, Ihre persönliche Einschätzung zu erfahren. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, die folgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben helfen uns, Verbesserungsmöglichkeiten unserer Arbeit zu erkennen. Bitte nutzen Sie die Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam

	1	2	3	4	5	6
Wie freundlich werden Sie aufgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Zuwendung und Unterstützung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Diskretion und die Beachtung des Datenschutzes am Empfang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie den Teamgeist unter den Mitarbeiterinnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie wirkt auf Sie das Verhältnis zwischen Frau Dr. Muster und ihren Mitarbeiterinnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwieweit wirken die Mitarbeiterinnen kompetent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gut fühlen Sie sich von den Mitarbeiterinnen informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				ja		nein
Nennen die Mitarbeiterinnen Sie beim Namen?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Laden die Mitarbeiterinnen Sie ein, Fragen jederzeit zu stellen?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Hat Ihnen bei Ihrem Arztbesuch etwas gefehlt?

Was hat Ihnen während des Praxisaufenthalts am besten gefallen?

Worüber haben Sie sich geärgert? Was hat Sie gestört?

Praxis:	Fragebogen Patientenzufriedenheit Modul Praxisorganisation	FB-Patientenbefragung 1.5 Version 2.0
---------	---	--

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Wohlbefinden liegt uns am Herzen. Wir möchten, dass Sie mit unserer Behandlung und Betreuung zufrieden sind. Deshalb ist es wichtig für uns, Ihre persönliche Einschätzung zu erfahren. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, die folgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben helfen uns, Verbesserungsmöglichkeiten unserer Arbeit zu erkennen. Bitte nutzen Sie die Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam

	1	2	3	4	5	6
Wie beurteilen Sie die Wartezeit auf einen Termin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Wartezeit in unserer Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie unsere Sprechzeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwieweit sind wir für Sie während unserer Sprechzeiten erreichbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwieweit sind wir für Sie außerhalb unserer Sprechzeiten erreichbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				ja		nein
Ist Ihnen klar, dass es verschiedene Gründe gibt, warum Patienten, die erst nach Ihnen gekommen sind, „vorgezogen“ werden?				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Wie können wir Ihre Zufriedenheit verbessern? Bitte nennen Sie konkrete Vorschläge.

Was hat Ihnen während des Praxisaufenthalts am besten gefallen?

Worüber haben Sie sich geärgert? Was hat Sie gestört?

Praxis:	Fragebogen Patientenzufriedenheit Modul Praxisräume	FB-Patientenbefragung 1.6 Version 2.0
---------	--	--

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Wohlbefinden liegt uns am Herzen. Wir möchten, dass Sie mit unserer Behandlung und Betreuung zufrieden sind. Deshalb ist es wichtig für uns, Ihre persönliche Einschätzung zu erfahren. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, die folgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben helfen uns, Verbesserungsmöglichkeiten unserer Arbeit zu erkennen. Bitte nutzen Sie die Schulnotenskala von 1 (sehr gut) bis 6 (ungenügend).

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Ihr Praxisteam

	1	2	3	4	5	6
Wie beurteilen Sie das Erscheinungsbild unserer Praxisräume?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwieweit ist die Ausstattung des Wartezimmers ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwieweit wurde die Barrierefreiheit in der Praxis berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die Sauberkeit und Hygiene?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie beurteilen Sie die sanitären Anlagen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inwieweit wirken die Mitarbeiterinnen kompetent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit dem ausgelegten Informationsmaterial (z. B. Patientenbroschüre)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hat Ihnen bei Ihrem Praxisbesuch etwas gefehlt?

Was hat Ihnen während des Praxisaufenthalts am besten gefallen?

Worüber haben Sie sich geärgert? Was hat Sie gestört?

Praxis:	Patientenbefragungen vorbereiten und durchführen	VA-Patientenbefragungen vorbereiten und durchführen
		Version 3.0
		Seite 1 von 1

1 Zielsetzung

Mit dieser Verfahrensanweisung soll sichergestellt werden, dass Patientenbefragungen jährlich in einem festgelegten Zeitraum durchgeführt werden und die Ergebnisse für die kontinuierliche Weiterentwicklung der Praxis genutzt werden. Die Maßnahmenplanung wird an Wichtigkeit, Dringlichkeit und Machbarkeit ausgerichtet.

2 Geltungsbereich

Diese Verfahrensanweisung gilt für alle Mitarbeiter der Praxis.

3 Begriffsdefinition

QMB: Qualitätsmanagementbeauftragte

4 Verantwortlich für die Inkraft- und Außerkraftsetzung

Für die Inkraft- und Außerkraftsetzung dieser Verfahrensanweisung ist die Praxisleitung verantwortlich.

5 Vorgehen und Zuständigkeiten (Regelungsinhalt)

Zeitraum: Die Patientenbefragung wird einmal jährlich in einem Zeitraum von zwei Wochen durchgeführt. Um möglichst viele Patienten zu erreichen, wird vorzugsweise ein Zeitraum gewählt, der außerhalb der Ferien liegt und in dem viele Patienten die Praxis besuchen.

Vorbereitung: Die Praxisleitung stellt gemeinsam mit dem Team die Fragen für die Patientenbefragung zusammen. Der Fragenkatalog der KVWL dient bei der Auswahl als Anregung. Die ausgewählten Fragen werden in die Fragebogenvorlage (FB-Patientenbefragung 1) eingefügt. Der Fragebogen wird für die Befragung entsprechend vervielfältigt.

Durchführung und Auswertung der Patientenbefragung siehe Flow-Chart FC-Patientenbefragung.

6 Mitgeltende Unterlagen

- Fragenkatalog der KVWL
- FB-Patientenbefragung 1.1 Fragebogen Patientenzufriedenheit
- FB Patientenbefragung 1.2 Fragebogen Modul Arzt
- FB Patientenbefragung 1.3 Fragebogen Modul Gespräch mit dem Arzt
- FB Patientenbefragung 1.4 Fragebogen Modul Praxispersonal
- FB Patientenbefragung 1.5 Fragebogen Modul Praxisorganisation
- FB Patientenbefragung 1.6 Fragebogen Modul Praxisräume
- FB Patientenbefragung 1.7 Zap-Fragebogen MHH (vgl. 9. Anmerkung)
- FB-Patientenbefragung 2 Maßnahmenliste
- FB-Patientenbefragung 3 Auswertung

7 Aufzeichnungen, die im Zusammenhang entstehen

- Fragebögen
- Auswertung
- Maßnahmenliste

8 Verteiler

Die Verfahrensanweisung wird für alle Mitarbeiter der Praxis im QM-Handbuch bereitgestellt.

9 Anmerkung

Die Qualitätsmanagementrichtlinie vertragsärztliche Versorgung empfiehlt, die Patientenbefragung mit validierten Instrumenten durchzuführen. Hier kann auf den ZAP-Fragebogen der Medizinischen Hochschule Hannover zurückgegriffen werden:
http://www.kbv.de/media/sp/ZAP_Fragebogen_Patientenbefragung.pdf

Erstellt:		Name:	Sign.:
Geprüft:		Name:	Sign.:
Freigegeben:		Name:	Sign.:

Patientenbefragung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten gerne Ihre persönliche Meinung zum heutigen Arztbesuch in dieser Arztpraxis sowie Ihre Einschätzung dieses Arztes und dieser Arztpraxis im allgemeinen, nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen, erfahren.

Deshalb bitten wir Sie herzlich, die folgenden Fragen zu beantworten. Lesen Sie bitte die Fragen genau durch und kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die aus Ihrer Sicht am besten zutrifft.

Lassen Sie bitte keine Frage aus.

1. Wie zufrieden sind Sie mit ...	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... der Wartezeit auf den Arzttermin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Wartezeit in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Freundlichkeit des Praxispersonals?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... der Atmosphäre in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin in Bezug auf ...	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... die Informationen zu den Ursachen Ihrer Erkrankung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Informationen zum Verlauf Ihrer Erkrankung?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Informationen über die geplante Therapie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Informationen über die Wirkung der verordneten Medikamente?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Informationen darüber, was Sie selbst auch zur Heilung beitragen können (z.B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungstipps)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Verständlichkeit der Informationen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Beachtung von Nebenwirkungen bei der Verordnung von Medikamenten?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... die Berücksichtigung aller Behandlungsmöglichkeiten (z.B. Medikamente, Krankengymnastik)?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

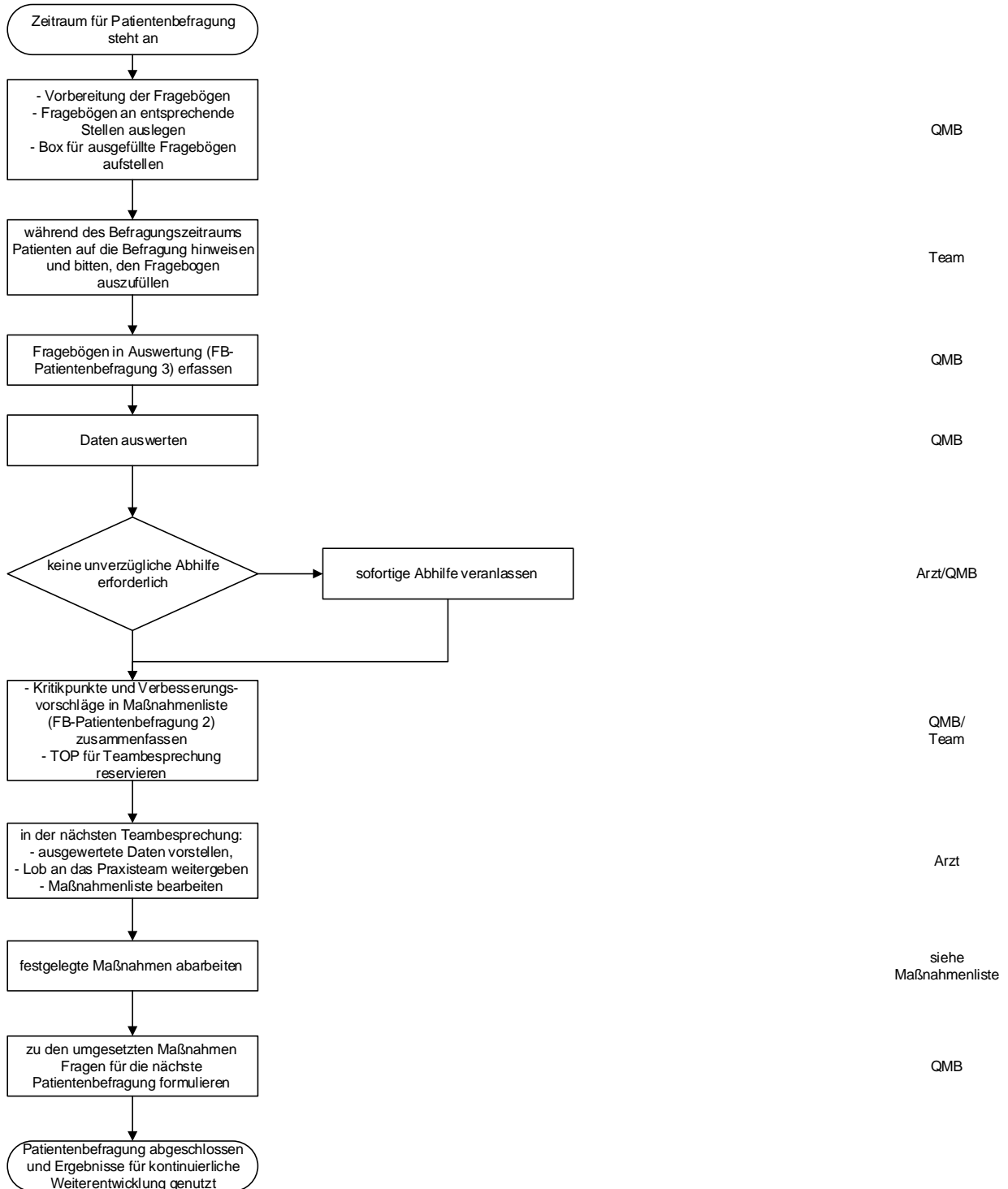
3. Wie zufrieden sind Sie <u>im allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin in Bezug ...	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... auf sein/ihr Verständnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf sein/ihr Einfühlungsvermögen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf Menschlichkeit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf die Zeit, die er/sie Ihnen widmet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... darauf, ernst genommen zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf Zuspruch und Unterstützung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... auf seine/ihre Geduld?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... darauf, dass Sie als Mensch und nicht als Nummer behandelt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin in Bezug auf seine /ihre...	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
... Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... Bereitschaft, Sie rechtzeitig zu überweisen?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Vertrauen zu Ihrem Arzt/ Ihrer Ärztin?	Ja, ich habe großes Vertrauen <input type="checkbox"/> Ja, ich habe eher großes Vertrauen <input type="checkbox"/> Ich habe eher wenig Vertrauen <input type="checkbox"/> Nein, ich habe kein Vertrauen <input type="checkbox"/> Ich kenne den Arzt nicht lange genug..... <input type="checkbox"/>			
6. Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch Ihren Arzt/Ihre Ärztin <u>im Allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen) ein?	Sehr hoch <input type="checkbox"/> Eher hoch <input type="checkbox"/> Eher gering <input type="checkbox"/> Sehr gering..... <input type="checkbox"/>			
7. Wie zufrieden sind sie mit Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin <u>im Allgemeinen</u> (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen)?	Sehr zufrieden <input type="checkbox"/> Eher zufrieden <input type="checkbox"/> Eher unzufrieden <input type="checkbox"/> Sehr unzufrieden..... <input type="checkbox"/>			
8. Ihr Geschlecht?	Weiblich..... <input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/>			
9. Wie alt sind Sie?	_____ Jahre			
Weitere Anmerkungen:				

Wir bedanken uns ganz herzlich für Ihre Mitarbeit!

Praxis:

Maßnahmenliste Patientenbefragung

Nr.	Kritikpunkt/Verbesserungsvorschlag	Änderung möglich oder nötig?	Maßnahme	zuständig, bis wann?	Quellen für Nachprüfbarkeit
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					



Aufbau des Fragebogens

Wichtig: Stellen Sie nur Fragen zu Themen, die Sie bereit sind, zu ändern und die Sie interessieren.

Variante 1:

Entscheiden Sie sich für eine Patientenbefragung, welche die Zufriedenheit Ihrer Patienten in Bezug auf die gesamte Praxis erfasst. Nehmen Sie dafür jeweils die zentrale Frage der Module in Ihren Fragebogen auf. Diese sind nicht so präzise wie die Detailfragen, können aber herausstellen, in welchem Themengebiet aus Sicht der Patienten Verbesserungspotenzial besteht. Hier empfiehlt sich eine vierstufige Antwortmöglichkeit von „sehr zufrieden“ bis „sehr unzufrieden“.

Variante 2:

Wählen Sie ein Modul aus, in dessen Themengebiet Sie sich verbessern wollen. Wählen Sie aus dem Modul zunächst die Fragen aus, deren Themen Sie am ehesten bereit sind, zu ändern. Nehmen Sie nicht zu viele Fragen in Ihren Fragebogen auf; das erhöht die Bereitschaft der Patienten, Ihren Fragebogen auszufüllen.

Wählen Sie als Antwortmöglichkeit eine sechsstufige Skala für alle Fragen. Nutzen Sie der Einfachheit halber das Schulnotensystem: „sehr gut“ (1) als beste Bewertung bis „ungenügend“ (6) als schlechteste. Fragen, die mit Ja oder Nein oder einer offenen Antwort beantwortet werden müssen sind entsprechend gekennzeichnet und sollten ein wenig von den anderen Fragen getrennt auf dem Fragebogen stehen (etwa durch einen dünnen Trennstrich oder einen kleinen Zwischenraum).

Geben Sie Ihren Patienten am Ende auch stets die Möglichkeit, offene Antworten und Anregungen zu geben. Hierbei sollte sowohl Lob als auch Tadel abgefragt werden. Es eignen sich z. B. folgende zwei Fragen:

- Hat Ihnen bei Ihrem Arztbesuch etwas gefehlt?
- Was ist Ihnen als besonders guter Service in Erinnerung geblieben?

Themenmodule:

Arzt

Gespräch mit dem Arzt

Praxispersonal

Praxisorganisation

Praxisräume

Arzt

Zentrale Frage: Wie zufrieden sind Sie mit Frau Dr. Muster?

Detailfragen (Beispiele):

Bitte beurteilen Sie Ihre Zufriedenheit mit Frau Dr. Muster.

- Haben Sie Vertrauen zu Frau Dr. Muster? (Ja/Nein)
- Haben Sie das Gefühl, dass Frau Dr. Muster „gute“ Arbeit leistet? (Ja/Nein)
- Werden Sie bei Fr. Dr. Muster gesund? (Ja/Nein)

- Wie freundlich ist sie?
- Wie viel Einfühlungsvermögen hat sie?
- Wie geduldig ist sie?
- Wie viel weiß sie über Ihre (evtl. seltene) Krankheit?
- Wie viel Verständnis zeigt Sie Ihnen gegenüber?
- Inwieweit werden Sie und Ihre Probleme von ihr ernst genommen?
- Inwieweit ist sie bereit, Ihre Fragen zu beantworten?
- Wie zufrieden sind Sie mit der Zuwendung und Unterstützung, die sie Ihnen anbietet?
- Inwieweit haben Sie das Gefühl, von ihr als Mensch und nicht als „Nummer“ behandelt zu werden?
- Wie gründlich und sorgfältig ist sie bei Untersuchungen und Behandlungen?

Gespräch mit dem Arzt

Zentrale Frage: Wie zufrieden sind Sie mit dem persönlichen Gespräch mit Frau Dr. Muster?

Detailfragen (Beispiele):

Bitte beurteilen Sie die Gespräche mit Frau Dr. Muster.

- Wie gut fühlen Sie sich zu Ihrer Erkrankung, deren Ursache und deren Verlauf informiert?
- Wie gut fühlen Sie sich über die geplante Therapie informiert?
- Wie gut fühlen Sie sich über die Risiken und Nebenwirkungen (bei Therapie und Medikamenten) informiert?
- Wie gut fühlen Sie sich darüber informiert, was Sie selbst zur Heilung beitragen können (z. B. Hinweis auf Selbsthilfegruppen, Ernährungs- und Verhaltenstipps)?
- Wie verständlich sind diese Informationen (z. B. Sprache, Umfang)?
- Wie beurteilen Sie Ihre eigene Einflussnahme auf Entscheidungen?
- Inwieweit berücksichtigt Frau Dr. Muster alle Behandlungsmöglichkeiten (z. B. Medikamente, Krankengymnastik)?
- Inwieweit widmet sie Ihnen genug Zeit?
- Wie gut bezieht sie Ihre Angehörigen in das Gespräch ein?

- Lädt Frau Dr. Muster Sie ein, Fragen jederzeit zu stellen? (Ja/Nein)
- Haben Sie sich auf Ihren Arztbesuch vorbereitet? (Ja/Nein)
- Haben Sie Ihre vorbereiteten Fragen stellen können? (Ja/Nein)

- Wenn nein, was hat Sie Ihrer Ansicht nach davon abgehalten? (offene Antwort)

Praxispersonal

Zentrale Frage: Wie zufrieden sind Sie mit dem Praxispersonal?

Detailfragen (Beispiele):

Bitte beurteilen Sie unser Praxispersonal.

- Nennen die Mitarbeiterinnen Sie beim Namen? (Ja/Nein)
- Laden die Mitarbeiterinnen Sie ein, Fragen jederzeit zu stellen? (Ja/Nein)
- Wie freundlich werden Sie aufgenommen?
- Wie beurteilen Sie die Zuwendung und Unterstützung?
- Wie beurteilen Sie die Diskretion und die Beachtung des Datenschutzes am Empfang?
- Wie beurteilen Sie den Teamgeist unter den Mitarbeiterinnen?
- Wie wirkt auf Sie das Verhältnis zwischen Frau Dr. Muster und ihren Mitarbeiterinnen?
- Inwieweit wirken die Mitarbeiterinnen kompetent?
- Wie gut fühlen Sie sich von den Mitarbeiterinnen informiert?

Praxisorganisation

Zentrale Frage: Wie zufrieden sind Sie mit der Praxisorganisation?

Detailfragen (Beispiele):

Bitte beurteilen Sie unsere Praxisorganisation.

- Wie beurteilen Sie die Wartezeit auf einen Arzttermin?
- Wie beurteilen Sie die Wartezeit in unserer Praxis?
- Wie beurteilen Sie unsere Sprechzeiten?
- Inwieweit sind wir für Sie während unserer Sprechzeiten erreichbar?
- Inwieweit sind wir für Sie außerhalb unserer Sprechzeiten erreichbar?
- Ist Ihnen klar, dass es verschiedene Gründe gibt, warum Patienten, die erst nach Ihnen gekommen sind, „vorgezogen“ werden? (Ja/Nein)

Praxisräume

Zentrale Frage: Wie zufrieden sind Sie mit den Praxisräumen und deren Ausstattung?

Detailfragen (Beispiele):

Bitte beurteilen Sie unsere Praxisräume und -ausstattung.

- Wie beurteilen Sie das Erscheinungsbild unserer Praxisräume?

- Inwieweit ist die Ausstattung des Wartezimmers ausreichend?
- Inwieweit wurde die Barrierefreiheit in der Praxis berücksichtigt?
- Wie beurteilen Sie die Sauberkeit und Hygiene?
- Wie beurteilen Sie die sanitären Anlagen?
- Wie zufrieden sind Sie mit dem ausgelegten Informationsmaterial (z. B. Patientenbroschüre)?