

# Patienten-Fragebogen

Liebe Patientin, lieber Patient,

auch in einer Arztpraxis sollte es selbstverständlich sein, dass wir uns bemühen, Ihren Bedürfnissen möglichst gerecht zu werden.

Um Ihre Wünsche besser beurteilen zu können, möchten wir Sie bitten, diesen Patientenfragebogen auszufüllen und uns anonym zurückzugeben.

Wir werden Ihre Anregungen aufnehmen und versuchen, diese so bald als möglich umzusetzen.

Vielen Dank für Ihre Hilfe.

---

## Fragen zu Ihrer Person:

Geschlecht     weiblich                       männlich  
Alter             bis 30 Jahre                       31-60 Jahre                       über 60 Jahre  
                     berufstätig                       Hausfrau/-mann                       Rentner/in

---

## Wie zufrieden sind Sie mit meinem Praxisteam?

Werden Sie in der Praxis freundlich und mit Namen begrüßt?                       ja                       nein  
Wird bei Sonderwünschen zuvorkommend auf Sie eingegangen?                       ja                       nein  
Werden Gespräche freundlich, sachlich und deutlich geführt?                       ja                       nein  
Machen meine Mitarbeiterinnen einen guten Eindruck am Telefon?                       ja                       mittel                       nein  
Sind Sie mit dem Verhalten der Helferinnen insgesamt zufrieden?                       ja                       mittel                       nein

---

## Wie bewerten Sie die ärztliche Behandlung?

Nehme ich mir ausreichend Zeit für intensive Gespräche?                       ja                       nein  
Wie beurteilen Sie die Gründlichkeit der Untersuchung?                       gut                       mittel                       schlecht  
Wie beurteilen Sie die Labor- und Geräteuntersuchung?                       gut                       mittel                       schlecht  
Sind Sie mit der Verschreibung von Medikamenten zufrieden?                       ja                       nein  
Wie beurteilen Sie die Hausbesuche?                       gut                       mittel                       schlecht

---

## Wie bewerten Sie unsere Praxis?

Haben Sie eine Visitenkarte erhalten?                       ja                       nein  
Wurden Sie über Abläufe und Leistungen informiert?                       ja                       nein  
Wie beurteilen Sie die Sauberkeit unserer Praxis?                       gut                       mittel                       schlecht  
Wie bewerten Sie die Ausstattung unserer Praxis?                       gut                       mittel                       schlecht  
Wie beurteilen Sie die Qualität des Lesematerials?                       gut                       mittel                       schlecht

---

## Termine

Werden Terminzusagen eingehalten?                       ja                       nein                       meistens  
Wird auf Terminwünsche (Berufstätige etc.) eingegangen?                       ja                       nein  
Haben Sie uns telefonisch gut erreicht?                       ja                       nein  
Wie bewerten Sie die Wartezeiten in unserer Praxis?  
.....mit Termin                       gut                       mittel                       schlecht  
.....ohne Termin                       gut                       mittel                       schlecht

---

## Praxisablauf

Wurde die Diskretion an der Anmeldung gewahrt?                       ja                       nein  
Wird die Diskretion im Wartebereich gewahrt?                       ja                       nein  
Wurden Sie durch die Praxis begleitet?                       ja                       nein

---

## Eigene Kommentare und Anregungen

.....  
.....  
.....  
.....

Vielen Dank für Ihre Hilfe