



**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient!**

Wir möchten, das Sie sich in unserer Praxis wohl fühlen. Deshalb interessiert uns, wie Sie unseren Service und unsere Behandlungsangebote beurteilen. Wir möchten Sie daher bitten, sich ein paar Minuten Zeit zu nehmen, um die nachfolgenden Fragen zu beantworten. Sie helfen uns damit, unser Angebot noch besser auf Ihre Bedürfnisse und Anforderungen abzustimmen.

**1. Aus welchen Gründen haben Sie sich zur Behandlung in unserer Praxis entschlossen?**

- weil sie für mich am besten zu erreichen ist
- weil sie mir von Freunden / Bekannten empfohlen wurde
- auf Empfehlung meines Hausarztes
- wegen des besonderen Leistungsspektrums
- wegen der Möglichkeit, schnell einen Termin zu bekommen
- weil.....

**2. Wie zufrieden sind Sie** (legen Sie bei Ihrer Bewertung die Schulnoten 1 – 6 zugrunde)

**a ) mit der Terminvergabe**

- 1    2    3    4    5    6   weil.....

**b) mit der Betreuung durch die Praxismitarbeiterinnen**

- 1    2    3    4    5    6   weil.....

**c) mit der ärztlichen Behandlung**

- 1    2    3    4    5    6   weil.....

**3. Was gefällt Ihnen in unserer Praxis besonders gut?**

- freundliches Praxisteam
- breites Leistungsspektrum
- die besonderen Gesundheitsangebote (z.B. Ernährungsberatung, Aufbaukur)
- Terminverlässlichkeit und kurze Wartezeiten
- die fachliche Kompetenz des Arztes
- individuelle Gesundheitstipps

**4. Was stört Sie besonders, oder worüber haben Sie sich geärgert?**

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

Erstellt.: ha	Freigegeben:	Revision:
Datum: 15.03.2011	Datum:	Seite 1 von 2 Datei: fb_qm_patientenbefragung_serviceangeb_2s.doc,



**5. Worauf legen Sie bei Ihrer Behandlung besonderen Wert?**

- kurze Wartezeiten
- Einsatz moderner Medizin-Technik
- individuelle Beratung zu verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten
- Information über Möglichkeiten, selbst etwas für die Gesundheit zu tun
- möglichst kostengünstige Behandlung

**6. Welche Leistungs- und Serviceangebote vermissen Sie in der Praxis?**

.....

**7. Wie beurteilen Sie die Behandlungsatmosphäre in unserer Praxis?**

- sehr angenehm
- angenehm
- zufriedenstellend
- weniger angenehm, warum .....

**8. Wie gefällt Ihnen das äußere Erscheinungsbild unserer Praxis?**

- sehr gut
- gut
- zufriedenstellend
- weniger gut

Wenn „weniger gut“ oder „zufriedenstellend“, was würden Sie verändern?

.....

**9. Bitte kreuzen Sie an, welche der nachfolgenden Angebote Sie gerne in Anspruch nehmen und dafür auch selbst bezahlen würden. Bitte beachten Sie, daß die meisten der genannten Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören.**

- Vitamin-Aufbaukur
- Sport-Check-up
- Reise-Beratung
- Akupunktur
- Ozontherapie

**10. Und nun noch einige Fragen zu Ihrer Person, die wir für unsere Statistik benötigen.**

- weiblich
- männlich
- bis 30 Jahre alt
- 31 bis 55 Jahre alt
- über 55 Jahre alt

**Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung. Die Fragebogenaktion ist vertraulich. Bitte stecken Sie den Fragebogen in den Briefkasten am Eingang.**

Ihr Praxisteam

Erstellt: ha	Freigegeben:	Revision:
Datum: 15.03.2011	Datum:	Seite 2 von 2 Datei: fb_qm_patientenbefragung_serviceangeb_2s.doc,