



## Patienten-Fragebogen zur Bewertung Ihrer Behandlung

Die Bewertung erfolgt natürlich vollständig anonym und für den Patienten mit höchster Sicherheit. Der/Die Arzt/Ärztin hat keinerlei Möglichkeit der Zuordnung einer Bewertung zu einem Patienten. Selbstverständlich können Sie diesen Fragebogen auch direkt an uns (Adresse siehe oben) senden.

**Arztpraxis/Klinik** \_\_\_\_\_

**Monat / Jahr der Behandlung:** \_\_\_\_\_

### Im Folgenden bitte ankreuzen:

(Schulnote 1 = sehr zufrieden bis Schulnote 5 = sehr unzufrieden)

#### Allgemeines

Wie zufrieden sind Sie mit dem Behandlungserfolg?	1	2	3	4	5
Wartezeit auf Termin	1	2	3	4	5
Wartezeit im Wartezimmer	1	2	3	4	5

#### Erscheinungsbild der Praxisräumlichkeiten

insbesondere: Sauberkeit	1	2	3	4	5
Ausstattung	1	2	3	4	5
Telefonische Erreichbarkeit	1	2	3	4	5

#### Bewertung des Praxisteam

(Freundlichkeit, Organisation etc.)

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

#### Zum Arzt/Zur Ärztin

Subjektive Qualität der Beratung (ausreichend erklärt?)	1	2	3	4	5
Vertraulichkeit	1	2	3	4	5
Genommene Zeit für Ihr Anliegen	1	2	3	4	5
Freundlichkeit	1	2	3	4	5

Würden Sie Ihren Arzt/Ihre Ärztin empfehlen?

Ja / nein

#### Ihr persönlicher Kommentar: