

## Patientenfragebogen

Unser Praxisteam hat einen hohen Anspruch sowohl an Ihrer medizinischen Versorgung als auch an Ihrer persönlichen Betreuung. Daher ist uns Ihre Meinung wichtig, damit wir Ihnen auch in Zukunft einen angenehmen Aufenthalt in unserer Praxis bieten können.

Wir bedanken uns für Ihre Mühe

Ihr Praxisteam

bitte ankreuzen

telefon. Erreichbarkeit unserer Praxis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freundlichkeit am Telefon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wartezeit auf Ihren Termin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Öffnungszeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Praxiserreichbarkeit in St.Wendel und im Gesundheitszentrum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Parkmöglichkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anbindung/Nähe an/zu öffentl.Verkehrsmitteln	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
allgemeines Erscheinungsbild unserer Praxis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atmosphäre in der Praxis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freundlichkeit und Service am Empfang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ambiente unseres Wartezimmers	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dauer der Wartezeit in unserer Praxis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
organisatorischer Ablauf	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hygiene unserer Praxisräume und Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Assistenz (Name?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Freundlichkeit und persönliche Zuwendung der Ärztin/des Arztes (Name?)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beratung und Information durch die Ärztin/den Arzt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eingehen auf Ihre Fragen und Bedürfnisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Behandlungsablauf und Betreuung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ablauf und Betreuung im Zentral-OP und Aufwachraum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Erfolg der Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nachsorge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Weshalb haben Sie uns aufgesucht?**

- |                                                       |                                                            |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Implantatberatung            | <input type="checkbox"/> um eine zweite Meinung einzuholen |
| <input type="checkbox"/> Parodontoseberatung          | <input type="checkbox"/> akute Beschwerden                 |
| <input type="checkbox"/> bin überwiesen worden wegen: |                                                            |

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

- |                                                |                                     |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bin überwiesen worden | <input type="checkbox"/> Internet   |
| <input type="checkbox"/> auf Empfehlung        | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> Telefon-/Branchenbuch |                                     |

**Aus welcher Stadt/welchem Ort kommen Sie?**

**Würden Sie unsere Praxis wieder besuchen?**

- ja    nein

Begründung:

**Würden Sie unsere Praxis weiterempfehlen?**

- ja    nein

Begründung:

**Was hat Ihnen besonders gefallen?**

**Wo sehen Sie Verbesserungsbedarf?**

**E-Mail-Adresse:**

**Bewertung: (frei formulierbar)**

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass diese Bewertung in diskreten Arztportalen anonym veröffentlicht wird.

**Unterschrift:**

Wir werden Ihre Meinung in unserer nächsten Teambesprechung einbeziehen.

Auf das Hinweisformular „Patienteninformationen zum Datenschutz“ wird Bezug genommen.