

Fragebogen Patientenzufriedenheit

Allgemeines:

Um unser Angebot noch weiter zu verbessern, sind wir auf Ihr Feedback angewiesen. Wir möchten Sie bitten, sich 3 Minuten Zeit zu nehmen und diesen Fragebogen zu beantworten. Der Fragebogen kann anonym, gerne aber auch mit Ihrem Namen versehen werden, um allfällige Rückfragen zu klären und in die bereitstehende Box geworfen werden.

Name/Telefon für allfällige Rückfragen

Beurteilung des Leistungsangebots:

Bitte Beurteilen Sie die folgenden Punkte anhand der angegebenen 4er Skala, indem Sie pro Zeile ein Kreuz einfügen, welches Ihrer Einschätzung am ehesten entspricht.

Für Ihre Bemühungen besten Dank.

Infrastruktur/Administration

Frage	Bewertung			
	Sehr gut	gut	mässig	schlecht
1. telefonische Erreichbarkeit der Praxis	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Freundlichkeit des Personals am Empfang/Telefon	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Termine				
a. Wartezeit bis zum ersten Termin	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Einhalten von Terminen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Berücksichtigung von Wunschterminen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4. Infrastruktur der Praxis				
a. Erreichbarkeit mit ÖV	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
b. Parkplätze	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
c. Wartebereich (Ausstattung, Grösse, Atmosphäre...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
d. Behandlungsräume (Ausstattung, Grösse, Atmosphäre...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Bitte wenden

Fachliche Kompetenz

Frage	Bewertung			
	Sehr gut – gut – mässig – schlecht			
5. Freundlichkeit des Personals (TherapeutInnen, Sekretariat...)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6. Berücksichtigung meiner Bedürfnisse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7. Kompetenz der TherapeutIn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
8. Information/Beratung durch die TherapeutIn	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Erreichtes Ergebnis

Frage	Bewertung			
	Trifft zu - trifft zum Teil zu – trifft eher nicht zu – trifft nicht zu			
9. Mit dem erreichten Ergebnis bin ich zufrieden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
10. Die gemeinsam gesetzten Ziele wurden erreicht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
11. Die Praxis/Klinik werde ich Freunden und Bekannten weiterempfehlen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

Warum haben sie unserer Praxis/Klinik gewählt?

- Wegen des guten Rufes
- Wegen dem Therapieangebot
- Aufgrund der Empfehlung des zuweisenden Arztes
- Andere Gründe
- welche?

Was Sie uns sonst noch mitteilen wollten:

Für Ihre Bemühungen und Mitarbeit – Besten Dank