



## Sagen sie uns ihre Meinung!

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten mit diesem Fragebogen erfahren, wie zufrieden Sie mit unserer Leistung sind und wie wir ihre Bedürfnisse zukünftig noch besser erfüllen können. Wir legen Wert drauf, dass Sie sich in unserer Praxis wohlfühlen und mit der Behandlung zufrieden sind. Sie helfen uns dabei, wenn Sie die nachstehenden Fragen beantworten.

Vielen Dank! Ihr Praxisteam Dr. F. Tegtmeier

Die Ziffern zum Ankreuzen sind am Schulnotensystem angelehnt von 1 (sehr gut) bis 6 (schlecht)

Die Abfrage ist anonym, außer sie wünschen eine Antwort, dann bitte Namen und e-Mail Adresse angeben.

### **Sprechzeiten der Praxis:**

1    2    3    4    5    6

### **Wartezeiten auf einen Termin (Akutsprechstunde):**

1    2    3    4    5    6

### **Ausstattung des Wartezimmers:**

1    2    3    4    5    6

### **Untersuchung und technische Diagnostik:**

1    2    3    4    5    6

### **Diagnose und Therapie-Vorschläge:**

1    2    3    4    5    6

### **Erläuterung der Krankheitsursachen:**

1    2    3    4    5    6

### **Zeitbudget zur Beantwortung meiner Fragen:**

1    2    3    4    5    6

### **Durchführung der DMP Untersuchungen:**

1    2    3    4    5    6

### **Umfang und Durchführung der Vorsorgeuntersuchungen:**

1    2    3    4    5    6

### **Gesprächsklima und Freundlichkeit:**

1    2    3    4    5    6

### **Wartezeit im Labor:**

1    2    3    4    5    6

### **Telefonische Erreichbarkeit der Praxis:**

1    2    3    4    5    6



---

**Qualität der Homepage:**

- 1     2     3     4     5     6

**Welche anderen Angebote Nutzen Sie um unsere Praxis zu kontaktieren:**

- Email     Rezept-AB     Anforderungsbogen     Fax     Eingabemaske Webseite

**Welche anderen technischen Angebote der Praxis wären für sie wichtig und wie relevant wären diese für sie?**

- Praxis-Newsletter (z.B. Information über anstehende Urlaube, Impfungen).**

- 1     2     3     4     5     6

- Terminanfrage über Homepage Eingabemaske**

- 1     2     3     4     5     6

- Online Terminbuchung**

- 1     2     3     4     5     6

- Recall-Funktion via Smartphone / Email zur Terminerinnerung, anstehenden Impfungen, anstehender Vorsorgeuntersuchungen etc.**

- 1     2     3     4     5     6

- Kennen sie schon die neuen Möglichkeiten der Telematik-Infrastruktur wie Notfalldatensatz (NFD), elektronischer Medikationsplan (eMP) u. elektronische Patientenakte (EPA) u. möchten sie diese nutzen (werden in der Praxis bereits vorgehalten).**

NFD ja / nein            eMP ja / nein            EPA ja / nein

**Was gefällt ihnen an unserer Praxis besonders gut?**

**Was sollten wir ihrer Meinung nach verändern oder verbessern?**

**Würden sie uns weiterempfehlen?** Ja / Nein

**Ihr Geschlecht?**    Männlich / Weiblich / Divers

**Ihr Alter?**     bis 20 Jahre     bis 40 Jahre     bis 60 Jahre     bis 80 Jahre     über 80 Jahre

**Folgende Angaben sind freiwillig! - werden nur benötigt, wenn sie eine Antwort wünschen.**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

Ihre Angaben werden natürlich vertraulich behandelt. Die DSGVO findet Anwendung.