

Wie zufrieden sind Sie mit uns?

Fragebogen zur Bewertung der Zufriedenheit der Patienten

Physiotherapiepraxis XY

Logo
Fragebogenauszug

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir führen in unserer Praxis in Zusammenarbeit mit der Forschungsgruppe Metrik eine Befragung über die Zufriedenheit unserer Patienten/Innen durch. In diesem Zusammenhang möchten wir auch Sie befragen.

Ihre offene Meinung ist uns wichtig und über Verbesserungsvorschläge und Kritik freuen wir uns sehr. Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt. Zur Sicherung der Anonymität bitten wir Sie, den Fragebogen in die am Ausgang/Rezeption aufgestellte Box einzuwerfen.

Die Beantwortung des Fragebogens wird ca. 10 Minuten in Anspruch nehmen. Die gewissenhafte Beantwortung der Fragen gibt uns die Möglichkeit, die Qualität Ihrer Behandlung zu Ihrem Wohle kontinuierlich zu steigern. Wir bedanken uns schon jetzt recht herzlich für Ihre Mitarbeit. Die Ergebnisse der Befragung können Sie in Kürze an unserer Infothek entnehmen.

Beantworten Sie bitte, soweit es Ihnen möglich ist, jede Frage!

Fragen, die für Sie nicht zutreffen, lassen Sie bitte aus.

Vielen Dank !

60

1000

100

100

erstklassig
sehr gut
akzeptabel
gut
schlecht

1. Die Parkmöglichkeiten sind ...

2. Die Informationen, die ich während der Behandlung über die Therapiemethoden erhalten habe, waren ...

3.

4. **Fragebogenauszug**

5.

6. Die Freundlichkeit meines Therapeuten ist ...

7. Die Offenheit des Therapeuten für meine Sorgen und Probleme ist...

8. Die fachliche Kompetenz meines Therapeuten ist...

9. Die Behandlungsdauer ist...

10. Die Zusammenarbeit der Praxis mit meinem (Haus-) Arzt ist ...

11. Die Terminvergabe ist ...

12. Die Wartezeiten vor einer Behandlung sind ...

13. Die Ausstattung des Wartebereichs ist...

14.

15.

16. **Fragebogenauszug**

17.

18.

19.

20. Ich beurteile diese Praxis insgesamt als...

21. Ich werde Freunden und Bekannten diese Praxis empfehlen als ...

Beurteilen Sie nun spontan, wie wichtig Ihnen folgende Aspekte für Sie sind:

mit das Wichtigste *sehr wichtig* *wichtig* *unwichtig*

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22. Gute Parkmöglichkeiten sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Die Informationen, die ich während der Behandlung über die Therapiemethoden erhalten habe, sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Die telefonische Erreichbarkeit der Praxis ist mir... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 29. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 30. Die Behandlungsdauer ist mir... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 31. Die Zusammenarbeit der Praxis mit meinem (Haus-) Arzt ist mir... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32. Geringe Wartezeiten vor der Behandlung sind mir... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33. Die Ausstattung des Wartebereichs ist mir... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34. Die Räumlichkeiten im therapeutischen Bereich sind mir... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35. Die Sauberkeit der Praxis ist mir... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36. Die Informationen, die ich von meinem Therapeuten über mein Krankheitsbild(meine Beschwerden) bekommen habe, sind mir... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37. Die Möglichkeiten, auch außerhalb der Behandlungstermine eigenständig Übungen in der Praxis ausüben zu können, sind mir ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38. Die Anleitung durch den Therapeuten zur Selbsthilfe ist mir... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39. Der Erfolg meiner Behandlung ist mir... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40. Ein Angebot an kostenpflichtigen Zusatzleistungen (wie z. B. Gerätetraining, Entspannungsverfahren, etc...) ist mir... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Fragebogenauszug

60

1000

100

100

Wenn Sie an die Praxis und die Behandlung denken, was ärgert Sie am meisten? Bitte deutlich schreiben (Blockbuchstaben)

Was gefällt Ihnen am besten?

Diese Fragen können Sie ausfüllen:

A. Wie viele Behandlungstermine hatten Sie bisher ungefähr?

- weniger als 5 6-10 11-20 mehr als 20

B. Wie beurteilen Sie insgesamt Ihr derzeitiges gesundheitliches Wohlbefinden?

- sehr gut gut akzeptabel schlecht
-

C. Noch einige Fragen zu Ihrer Person:

Alter: Jahre

- Geschlecht: weiblich männlich