

Ordination Dr. Susi Musterfrau
Ärztin für Allgemeinmedizin

Wie beurteilen Sie Frau Dr. Musterfrau und die Ordination in den letzten 12 Monaten?

	ausge- zeichnet 1	2	3	4	schlecht 5	nicht zu- treffend
Wie hat Ihnen Dr. Musterfrau während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, dass sie Zeit für Sie hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hat sie Interesse an Ihrer persönlichen Situation gezeigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hat sich Ihre Ärztin daran erinnert, wie sie Sie bei früheren Gesprächen behandelt und beraten hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hat sie Ihnen zugehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hat Ihnen Dr. Musterfrau beim Umgang mit Ihren Gefühlen im Zusammenhang mit Ihrem Gesundheitszustand geholfen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie leicht hat sie es Ihnen gemacht, über Ihre Probleme zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gründlich hat sie sich mit Ihren Problemen befasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hat Dr. Musterfrau Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie führte sie bei Ihnen körperliche Untersuchungen durch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ausge- zeichnet 1	2	3	4	schlecht 5	nicht zu- treffend
Wie hat sie Sie über das informiert, was Sie über Ihre Beschwerden bzw. Erkrankung wissen wollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hat die Ärztin Sie in Entscheidungen über Ihre medizinische Behandlung einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hat sie Ihnen erläutert, warum es wichtig ist, ihre Ratschläge zu befolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie gut konnte Ihre Ärztin eine schnelle Linderung Ihrer Beschwerden erreichen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hat sie Ihnen geholfen, damit Sie sich gut genug fühlten, um Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hat sie Sie bei Überweisungen darauf vorbereitet, was Sie beim Facharzt bzw. im Krankenhaus erwartet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie hat sie Ihnen Angebote zur Krankheitsvorbeugung gemacht (z.B. Vorsorge, Impfung ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie beurteilen Sie Frau Dr. Musterfrau und die Ordination in den letzten 12 Monaten?

	ausgezeichnet 1	2	3	4	schlecht 5	nicht zutreffend
Wie war es Ihnen möglich, passende Termine zu bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie war die telefonische Erreichbarkeit der Ordination?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie war es möglich, mit Dr. Musterfrau selbst am Telefon zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie schnell erhielten Sie Hilfe bei dringenden Gesundheitsproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie waren die Wartezeiten in der Ordination?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie wurde in der Ordination auf den vertraulichen Umgang mit Patientendaten geachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie war die Hilfsbereitschaft der Mitarbeiter/innen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wie ist die Bereitschaft Ihrer Ärztin, Hausbesuche zu machen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie lange haben Sie beim letzten Arztbesuch gewartet, bis Sie untersucht oder behandelt wurden (ab Termin)? ca. _____ Minuten

Wie beurteilen Sie die Ordination insgesamt?	stimme voll und ganz zu	stimme zu	teils/ teils	stimme nicht zu	stimme ganz und gar nicht zu	nicht zutreffend
Ich kann meinen Freunden diese Ärztin sehr empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich habe keinen Grund, einen Wechsel zu einem anderen Arzt in Betracht zu ziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie zufrieden sind Sie mit Frau Dr. Musterfrau im Allgemeinen (d.h. nicht nur auf den heutigen Arztbesuch bezogen)?
 sehr zufrieden
 eher zufrieden
 eher unzufrieden

Wir ersuchen Sie noch um Angaben zu Ihrer Person:

Ihr Alter: _____ Jahre

Ihr Geschlecht: weiblich männlich

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen ohne Absenderangaben an:
 Ärztliches Qualitätszentrum, Postfach 303, 4010 Linz

Herzlichen Dank für Ihre Rückmeldung!