



Liebe Patientin, lieber Patient  
unser Praxisteam bemüht sich, dass Sie sich bei uns wohl fühlen.

Daher ist uns Ihre Meinung wichtig!  
Bitte nehmen Sie sich einen kurzen Moment Zeit und beantworten uns nachstehende Fragen  
und nennen uns Ihre Wünsche, die wir Ihrer Meinung nach in unserer Praxis berücksichtigen sollten:



### Zeitmanagement

Telefonische Erreichbarkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeitnahe Terminvergabe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zeitnahe Anschlusstermine	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wartezeit trotz Termin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Beratung / Behandlung

Ich habe die Untersuchung umfassend empfunden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wurde umfassend über die Behandlungsmethode(n) beraten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich brauche noch eine 2.Meinung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich fühle mich gut über mögliche Kosten beraten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alle Informationen waren verständlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich bin mit dem Behandlungsergebnis voll zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

wenn nein,  
weil: \_\_\_\_\_

wenn nein,  
weil: \_\_\_\_\_

wenn nein,  
weil: \_\_\_\_\_

### Dr. Z - Team Qualität

#### 1.) Arztqualität

fachlich kompetent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vertrauensvoll	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
professionell	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aufmerksam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
freundlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

#### 2.) Helferinnenqualität

qualifiziert	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
freundlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
aufmerksam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
hilfsbereit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### Ambiente / Interieur

Sauberkeit/ Hygiene in der Praxis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die Räume sind modern und gemütlich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ihr Gesamteindruck von Dr. Z	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
------------------------------	-----------------------	-----------------------

Was wünschen Sie sich noch, was  
hat Ihnen gefehlt

\_\_\_\_\_

Was Sie uns sonst noch mitteilen  
möchten

\_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf Dr. Z aufmerksam geworden?

\_\_\_\_\_

Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme