

Internistische Gemeinschaftspraxis  
Fachärzte für Innere Medizin  
**Krishen Gross**  
**Dr. med. Christoph Rauschenbach**

www.internisten-team.de

**Liebe Patienten - Ihre Meinung ist uns wichtig !**

**Damit wir noch besser auf Ihre Wünsche und Bedürfnisse eingehen können, bitten wir Sie, unseren Fragebogen auszufüllen und in die Sammelbox im Wartezimmer oder in den Briefkasten einzuwerfen. Selbstverständlich ist die Umfrage anonym.**

**(Ihre Beurteilung bitte im Allgemeinen und nicht nur auf einen Besuch bezogen)**

**Haben Sie Internetzugang ?**

☐ ja

☐ nein

**Wenn ja, kennen Sie unseren Internet-Auftritt?**

☐ ja

☐ nein

**Finden Sie dort alle Informationen die Sie suchen?**

☐ ja

☐ nein

**Wenn nein, dann bitte Anregungen auf der Rückseite notieren.**

**Seit wann sind Sie Patient bei uns (ungefähr)**

**Jahr**

**Männlich**

☐

**Weiblich**

☐

**Wie alt sind Sie?**

**bis 30**

☐

**bis 55**

☐

**über 55**

☐

**Beurteilung von Note - 1 - (sehr gut) bis Note - 6 - (ungenügend)**

**Wie empfinden Sie die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft am Empfang ?**

|                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1                     | 2                     | 3                     | 4                     | 5                     | 6                     |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**Wie beurteilen Sie die Kompetenz unseres Teams?**

|                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**Wie sind die Wartezeiten ohne Termin ?**

|                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**Wie sind die Wartezeiten mit Termin ?**

|                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**Wie ist die Erreichbarkeit per Telefon?**

|                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**Wie sind die Öffnungszeiten der Praxis?**

|                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**Wie empfinden Sie die Hygiene und Sauberkeit der Praxis ?**

|                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**Wie beurteilen Sie die Aufmachung unseres Wartezimmers ?**

|                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**Wie empfinden Sie die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft der Ärzte ?**

|                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**Ist die Dauer des Gespräches ausreichend?**

|                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**Haben Sie das Gefühl, dass wir Ihre Sorgen ernst nehmen?**

|                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**Wie empfinden Sie das allgemeine Erscheinungsbild der Praxis ?**

|                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**Wie beurteilen Sie die Betreuung in der Praxis insgesamt?**

|                       |                       |                       |                       |                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

**Sie können Anregungen oder Wünsche auf der Rückseite notieren - vielen Dank für Ihre Offenheit!**