Zahnarztpraxen

Dr.med.dent. Adolf Gross / ZA. Marko Schilling

Böblingen - Ehningen

Chefe@t-online.de & Zweitpraxis@gmx.de

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

heute wurden Sie in unserer Praxis behandelt und wir möchten gerne Ihre persönliche Meinung zu Ihrem Zahnarztbesuch erfahren. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, die folgenden Fragen zu beantworten. Ihre Angaben helfen uns, Verbesserungsmöglichkeiten unserer Arbeit zu erkennen.

Den ausgefüllten Fragebogen werfen Sie bitte – ohne Angabe Ihres Namens – in die im Wartebereich aufgestellte Sammelbox oder nehmen Sie diesen mit nach Hause und werfen ihn zu einem späteren Zeitpunkt in unseren Briefkasten ein.

Ihre Teilnahme ist selbstverständlich freiwillig. Die Befragung erfolgt anonym, aus den Ergebnissen können keine Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden.

Für Ihr Verständnis und Ihre Mitarbeit bedanken wir uns ganz herzlich!

Ihr Geschlecht? Weiblich ☐ Männlich ☐

Ihr Alter? _____ Jahre

Datum der Befragung ___ . ___ . _____

1	**Wie zufrieden sind Sie mit ...**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**für mich nicht wichtig**
...	dem Telefonverhalten?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	den Praxis-Sprechzeiten?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	der Wartezeit auf den Termin?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	der Wartezeit in der Praxis?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	der Freundlichkeit des Personals?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	der Atmosphäre in der Zahnarztpraxis?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	der Sauberkeit im Wartezimmerbereich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	der Ausstattung im Wartezimmerbereich?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	der Sauberkeit in der Praxis allgemein?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	der Ausstattung in der Praxis allgemein?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	den Anfahrt-/Parkmöglichkeiten?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	der Erreichbarkeit für Behinderte?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	der Beschilderung innerhalb der Praxis?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Zahnarztpraxen

Dr.med.dent. Adolf Gross / ZA. Marko Schilling

Böblingen - Ehningen

Chefe@t-online.de & Zweitpraxis@gmx.de

Fragebogen zur Patientenzufriedenheit

2	**Wie zufrieden sind Sie mit der Beratung / Aufklärung in Bezug auf ...**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**für mich nicht wichtig**
...	Informationen zu den Ursachen der Zahn-/Zahnfleischerkrankung?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	Informationen zum Verlauf Ihrer Krankheit?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	Informationen zur geplanten Therapie?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	Informationen zu Behandlungsalternativen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	Verständlichkeit der Informationen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

3	**Wie zufrieden sind Sie mit der zahnärztlichen Behandlung in Bezug auf ...**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**für mich nicht wichtig**
...	Begrüßung durch den Behandler?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	Kommunikation während der Behandlung?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	Schmerzfreiheit während der Behandlung?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	Gründlichkeit der Untersuchung / Behandlung?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	Dauer der Behandlung?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	das Einfühlungsvermögen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	Erscheinungsbild des Praxispersonals?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	Sauberkeit / Hygiene im Behandlungszimmer?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	Wahrung Ihrer Privatspähre?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

4	**Wie zufrieden sind Sie mit dem Ergebnis der Behandlung in Bezug auf ...**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**für mich nicht wichtig**
...	Ästhetik des Behandlungsergebnisses?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	Funktion des Behandlungsergebnisses?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
...	erreichte Behandlungsziele?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐