

WAS IST IHRE MEINUNG ÜBER IHRE HAUSÄRZTIN / IHREN HAUSARZT UND DIE PRAXIS?

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage ein Kästchen zwischen 1 (=schlecht) und 5 (= ausgezeichnet) an.
Falls eine Aussage auf Sie nicht zutrifft, kreuzen Sie bitte das Kästchen „nicht zutreffend/nicht von Bedeutung“ an.

(Bitte so ankreuzen: - nur ein Kreuz pro Frage) **Ihre Antworten bleiben auf jeden Fall anonym.**

WIE HAT IHRE HAUSÄRZTIN / IHR HAUSARZT BEZOGEN AUF DIE VERGANGENEN 12 MONATE ...		schlecht					ausgezeichnet	nicht zutreffend/ nicht von Bedeutung
		1	2	3	4	5		
1	... Ihnen während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, dass er/sie Zeit für Sie hat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2	... Interesse an Ihrer persönlichen Situation gezeigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3	... es Ihnen leichtgemacht, über Ihre Probleme zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4	... 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"/>	
5	... Ihnen zugehört?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6	... auf den vertraulichen Umgang mit Patientinformationen geachtet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7	... Ihre Beschwerden schnell lindern können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8	... 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"/>	
9	... sich gründlich mit Ihren Problemen befasst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10	... Sie körperlich untersucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11	... Ihnen Angebote zur Krankheitsvorbeugung gemacht? z.B. Impfungen, Gesundheitskontrollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12	... 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"/>	
13	... 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"/>	
14	... Ihnen 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"/>	
15	... Ihnen erläutert, warum es wichtig ist, seine/ihre Ratschläge zu befolgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	... sich erinnert, wie er/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"/>	
17	... Sie bei Überweisungen darauf vorbereitet, was Sie beim Spezialist bzw. im Spital erwartet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
WIE WAR(EN) IN DEN VERGANGENEN 12 MONATEN ...								
18	... die Hilfsbereitschaft der anderen PraxismitarbeiterInnen (ausser dem Arzt bzw. der Ärztin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	... das Angebot der Praxis an passenden Terminen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	... die telefonische Erreichbarkeit der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21	... die Möglichkeit, den Hausarzt / die Hausärztin selbst am Telefon zu sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22	... die Wartezeiten in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23	... die Möglichkeiten zu schneller Hilfe bei dringenden Gesundheitsproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



		schlecht					ausgezeichnet	nicht zutreffend/ nicht von Bedeutung
		1	2	3	4	5		
24	Wie angenehm und ansprechend finden Sie die Praxiseinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25	Wie beurteilen Sie die Sauberkeit der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

		stimme ganz und gar nicht zu					stimme voll und ganz zu	nicht zutreffend/ nicht von Bedeutung
		1	2	3	4	5		
26	Ich kann meinen Freunden diesen Hausarzt/diese Hausärztin sehr empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27	Ich habe keinen Grund, einen Wechsel zu einem anderen Hausarzt / Hausärztin in Betracht zu ziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Angaben zu Ihrer Person

- D1 Geschlecht männlich weiblich
- D2 Alter Jahre
- D3 Muttersprache Deutsch Französisch Englisch Italienisch Romanisch Portugiesisch Türkisch Slawisch Spanisch Andere
- D4 Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?
 Primarschule
 Sekundarschule
 Mittelschule oder abgeschlossene Berufslehre
 Fachhochschule oder Hochschule
 anderer Abschluss
- D5 Welchen Zivilstand/Familienstand haben Sie?
 ledig
 verheiratet
 verwitwet
 geschieden
- D6 Im Allgemeinen würde ich meinen Gesundheitszustand bezeichnen als
 ausgezeichnet
 sehr gut
 gut
 mässig
 schlecht
- D7 Wie viele Tage waren Sie in den letzten 12 Monaten...
 ...arbeitsunfähig? Tage (Falls keine: Bitte 0 eintragen)
- D8 ...im Spital? Tage (Falls keine: Bitte 0 eintragen)
- D9 Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt zu dieser Praxis (in der Praxis oder bei Hausbesuchen)? mal
 (Bitte heutigen/letzten Besuch mitzählen)
- D10 Haben Sie eine chronische Krankheit, die länger als 3 Monate andauert? Ja Nein

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens!

Praxis Nr. Arzt Nr.

Fragebogen Nr. /