

MUSTER

EvaSys

Patientenzufriedenheit in der hausärztlichen Konsultation

Bitte so markieren: Bitte verwenden Sie einen Kugelschreiber oder nicht zu starken Filzstift. Dieser Fragebogen wird maschinell erfasst.
Korrektur: Bitte beachten Sie im Interesse einer optimalen Datenerfassung die links gegebenen Hinweise beim Ausfüllen.

1. Ihre Zufriedenheit im ärztlichen Gespräch

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ihr Hausarzt nimmt an einer Studie des Forschungsnetzwerkes des Allgemeinmedizinischen Instituts des Universitätsklinikums Erlangen teil. Im Rahmen dieser Studie möchten wir Sie zu Ihrer **Zufriedenheit mit dem ärztlichen Gespräch bei Ihrem heutigen Arztbesuch** befragen.

Unser Ziel ist es, das Verhältnis von Ärzten und ihren Patienten zu erforschen und zu verbessern. Mit Ihren Angaben tragen Sie einen wichtigen Teil dazu bei. Wir bitten Sie daher recht herzlich folgenden Fragebogen ehrlich auszufüllen.
Es können keinerlei Rückschlüsse auf Ihre Person gezogen werden!

Die Ergebnisse der Patientenbefragung werden Ihnen in der teilnehmenden Praxis nach Beendigung der Studie als Aushang zur Verfügung gestellt.

Ihr Allgemeinmedizinisches Institut Erlangen,
im Namen aller Projektbeteiligten des Forschungsnetzwerkes PRO PRICARE

Hinweis:

Versuchen Sie beim Ausfüllen des Fragebogens bitte jede Frage zu beantworten und lassen Sie, wenn möglich, keine aus. Kreuzen Sie bitte je Frage nur eine Antwort an. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte gerne an das Praxisteam.

Vielen Dank!

MUSTER

MUSTER

EvaSys

Patientenzufriedenheit in der hausärztlichen Konsultation

2. Bitte kreuzen Sie an, welche Antwort für Sie nach dem heutigen Gespräch mit Ihrem Hausarzt am ehesten zutrifft.

Modul A

	<i>Stimme voll und ganz zu</i>	<i>Stimme zu</i>	<i>Stimme nicht zu</i>	<i>Stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>Weiß nicht</i>
2.1 Hatten Sie das Gefühl, dass Sie mit Ihrem Arzt sprechen konnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Hatten Sie das Gefühl von Ihrem Arzt ernst genommen zu werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 Wurden Sie von Ihrem Arzt über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Wollten Sie über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 Wurden Ihnen die Schritte der Behandlung von ihrem Arzt verständlich erklärt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Können Sie den Ansatz Ihrer Behandlung nachvollziehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 Konnten Sie mit Ihrem Arzt über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten diskutieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.8 Sind Sie mit der Entscheidung zu Ihrer weiteren Behandlung zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.9 Wurden Ihre Ideen zu Ihren Beschwerden berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.10 Wurden Ihre persönlichen Ängste zu Ihren Beschwerden berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.11 Wurden Ihre Erwartungen an den Umgang mit Ihren Beschwerden berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER

MUSTER

EvaSys

Patientenzufriedenheit in der hausärztlichen Konsultation

3. Bitte kreuzen Sie an, was Sie sich generell von einem ärztlichen Gespräch bei Ihrem Hausarzt erwarten.

Modul B

	<i>Stimme voll und ganz zu</i>	<i>Stimme zu</i>	<i>Stimme nicht zu</i>	<i>Stimme überhaupt nicht zu</i>	<i>Weiß nicht</i>
3.1 Ich sollte die Möglichkeit haben mit dem Arzt zu sprechen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Mein Standpunkt sollte mindestens gleich viel wert sein, wie der des Arztes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Der Arzt sollte über alle Behandlungsmöglichkeiten aufklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Der Arzt sollte die Behandlungsinhalte verständlich erklären.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Ich möchte den Behandlungsweg nachvollziehen können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 Ich möchte verschiedene Behandlungsmöglichkeiten mit dem Arzt diskutieren können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Ich vertraue in der Entscheidungsfindung voll und ganz auf die Meinung des Arztes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 Unabhängig von meinen eigenen Ideen zu meinen Beschwerden, sollte sich mein Arzt sein eigenes Urteil bilden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.9 Der Arzt sollte meine persönlichen Sorgen zu meinen Beschwerden berücksichtigen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.10 Ich möchte meine Erwartungen an den Arzt herantragen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MUSTER

MUSTER

EvaSys

Patientenzufriedenheit in der hausärztlichen Konsultation

4. Bitte kreuzen Sie an, was für Sie am ehesten zutrifft.

Modul C

- | | Sehr zufrieden | Zufrieden | Nicht zufrieden | Überhaupt nicht | Weiß nicht | |
|--|--|--------------------------|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 4.1 Wie zufrieden waren Sie mit dem heutigen Praxisbesuch im Allgemeinen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4.2 Wie zufrieden waren Sie mit dem heutigen ärztlichen Gespräch im Allgemeinen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 4.3 Wie lange schätzen Sie die Dauer des heutigen Arztgespräches ein ? | <input type="checkbox"/> Unter 5 Minuten | | <input type="checkbox"/> 5 bis 10 Minuten | | <input type="checkbox"/> > 10 bis 15 Minuten | |
| | <input type="checkbox"/> Über 15 Minuten | | <input type="checkbox"/> Weiß nicht | | | |
| 4.4 Wie viel Zeit sollte Ihrer Meinung nach für ein Arztgespräch bei allgemeinen Beratungsanlässen (Bsp.: Rückenschmerzen, Husten, usw.) eingeplant werden? | <input type="checkbox"/> Unter 5 Minuten | | <input type="checkbox"/> 5 bis 10 Minuten | | <input type="checkbox"/> > 10 bis 15 Minuten | |
| | <input type="checkbox"/> Über 15 Minuten | | <input type="checkbox"/> Weiß nicht | | | |
| | Zu kurz | Etwas zu kurz | Genau richtig | Etwas zu lang | Zu lang | Weiß nicht |
| 4.5 Wie fanden Sie die Dauer des heutigen Arztgespräches ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Zusatzfragen - Modul D

5.1 Bitte geben Sie Ihr Geburtsjahr an:

5.2 Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an:

- Weiblich Männlich
 Divers Keine Angabe

5.3 Bitte geben Sie an, ob Sie privat oder gesetzlich krankenversichert sind:

- Privat Gesetzlich
 Keine Angabe

5.4 Sonstige Anmerkungen:

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme!

MUSTER