

Praxis

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

unser Ziel ist es, Ihnen in unserer Praxis ein angenehmes Umfeld zu bieten und uns auf Ihre Bedürfnisse als Patient/-in einzustellen. Dabei sind wir auf Ihr Feedback, Ihre Kritik und Anregungen angewiesen. Wir bitten Sie den nachfolgenden Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben werden vertraulich und anonym behandelt.

**Bitte geben Sie an, an welchem Standort Ihre Untersuchung stattfand.**

<input type="checkbox"/>	Standort am Diakonissenkrankenhaus	Standort im Markkleeberg-Center	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Standort am Rathaus Schönefeld		

**Bitte kreuzen Sie Ihr Alter in Jahren an:**

<input type="checkbox"/>	0 bis 17 Jahre	50 – 65 Jahre	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	18 – 29 Jahre	65 – 80 Jahre	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	30 – 49 Jahre	älter als 80 Jahre	<input type="checkbox"/>

**Wie beurteilen Sie die Radiologische Gemeinschaftspraxis hinsichtlich nachfolgender Kriterien?**

	sehr gut	gut	zufriedenstellend	Es könnte besser sein	Es sollte dringend verbessert werden
	1 😊😊	2 😊	3 😐	4 😞	5 😞😞
Telefonische Erreichbarkeit der Praxis					
Freundlichkeit bei der Terminvergabe					
Kompetenz und Information bei der Terminvergabe					
Freundlichkeit und Service am Anmeldetresen					
Diskretion am Anmeldetresen					
Einrichtung und Atmosphäre der Praxisräume					
Wie gut fühlten Sie sich über die Untersuchung aufgeklärt?					
Zeitschriftenangebot zur Überbrückung der Wartezeit					

**Wie sind Sie auf unsere Radiologische Gemeinschaftspraxis aufmerksam geworden?  
(Mehrfachnennungen möglich)**

- Empfehlung durch überweisenden Arzt.  
(Wenn ja, welcher Arzt? \_\_\_\_\_ )
- Empfehlung von Verwandten, Nachbarn oder Bekannten
- Ich war Patient im Diakonissenkrankenhaus
- Telefonbuch
- Internet
- Nähe zum Wohnort
- Gelbe Seiten
- Sonstige \_\_\_\_\_

Bitte geben Sie die Länge Ihrer Wartezeit bis zum Beginn Ihrer Untersuchung sowie die Art Ihrer Untersuchung in einer der nachfolgenden Kategorien an:			
<input type="checkbox"/>	bis 10 Minuten	Computertomographie (CT)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	bis 30 Minuten	Magnetresonanztomographie (MRT)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	bis 45 Minuten	Mammographie	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	bis 60 Minuten	Röntgen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	länger als 60 Minuten	Ultraschall (Sonographie)	<input type="checkbox"/>

Wie beurteilen Sie die Wartezeit in unserer Radiologischen Gemeinschaftspraxis vom Eintritt bis zur Untersuchung? (Mehrfachnennungen sind möglich)					
😊	<input type="checkbox"/>	Optimal, sofortiger Untersuchungsbeginn	Zu lange Wartezeit	<input type="checkbox"/>	😞
	<input type="checkbox"/>	Pünktlicher Untersuchungsbeginn, entsprechend Terminvereinbarung	Verspäteter Untersuchungsbeginn, trotz Termin	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Wartezeit wurde als kurzweilig empfunden	Ich habe das Gefühl, ich bin vergessen worden	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	Die notwendige Wartezeit wurde erläutert	Personal ist mit anderen Dingen beschäftigt	<input type="checkbox"/>	

Wie beurteilen Sie die Radiologische Gemeinschaftspraxis nach Ihrer Untersuchung hinsichtlich nachfolgender Kriterien?	1 😊😊	2 😊	3 😐	4 😞	5 😞😞
Freundlichkeit der Röntgenassistentinnen / Röntgenassistenten während der Untersuchung					
Kompetenz der Röntgenassistentinnen / Röntgenassistenten während der Untersuchung					
Freundlichkeit der Ärztin/des Arztes					
Verständlichkeit / Qualität der Informationen während des Arztgespräches					
Individuelles Eingehen der Ärztin/des Arztes auf Ihre Fragen					
Zeitliche Dauer des Arztgespräches					

Welche Schulnote würden Sie der Praxis insgesamt geben?					
---	--	--	--	--	--

Würden Sie unsere Praxis weiterempfehlen?  Ja  Nein

**Welche Anregungen möchten Sie uns noch geben?**

**Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben, unsere Fragen zu beantworten!**  
**Ihr Team der Überörtlichen Radiologischen Gemeinschaftspraxis**