



## Liebe Patientin, lieber Patient, Ihre Meinung ist gefragt !

Im Gesundheitswesen werden in den letzten Jahren mehr und mehr auch Patienten nach Ihrer Meinung und nach Ihren Erwartungen im Hinblick auf die medizinische Versorgung gefragt. Das ist wichtig, um die Perspektive der Patienten bei Planungen von Veränderungen mit berücksichtigen zu können.

Diese österreichische Studie steht im Zusammenhang mit einer europäischen Studie.

Ihre Hausärztin wünscht sich diese Befragung ihrer Patientinnen und Patienten

Sie erhält eine Zusammenfassung der Ergebnisse und bekommt so von ihren Patienten ein wichtige Rückmeldung darüber, wo ihre Stärken liegen und wo sie eventuell noch etwas verbessern könnte.

Sie erhält keine Informationen darüber, wie einzelne Patienten die Fragen beantwortet haben.

Bitte füllen Sie den beiliegenden Fragebogen aus und werfen Sie ihn im verschlossenen Kuvert in die in der Ordination bereitgestellte Postbox ein.

Die statistische Auswertung übernimmt:

Mag.Ing. Jean-Michel GILLOT  
BÜRO für EDV-Beratung, Qualitätsmanagement & Organisationsentwicklung  
Donaufelderstraße 8/2/6, A-1210 WIEN Tel. & Fax: 01 / 272 24 38

im Auftrag der österreichischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (ÖGAM)

**Ihre Informationen werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Wir können uns daher nicht persönlich bei Ihnen bedanken, deshalb bedanken wir uns an dieser Stelle für Ihre Mitarbeit:**

*Vielen Dank !*



**QUALITÄTSSICHERUNGSSTUDIE  
ZUR ZUFRIEDENHEIT  
VON PATIENTEN MIT IHRER HAUSÄRZTIN**

ÄRZTIN CODE 

W			
---	--	--	--

FRAGEBOGEN NR. 

--	--	--	--



<b>TEIL 1: Was ist Ihre Meinung über Ihre Hausärztin und die Praxis in den letzten 12 Monaten ?</b>	1. sehr gut	2. gut	3. befriedigend	4. genügend	5. nicht genügend	nicht von Bedeutung
1. Wie hat sie Ihnen während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, daß sie Zeit für Sie hat ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Wie hat sie 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. Wie leicht hat sie es Ihnen gemacht, über Ihre Probleme zu sprechen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Wie hat sie 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. Wie hat sie Ihnen zugehört ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Wie wurde auf die vertrauliche Behandlung Ihrer Daten und Unterlagen geachtet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>TEIL 2: Was ist Ihre Meinung über Ihre Hausärztin und die Praxis in den letzten 12 Monaten ?</b>	1. sehr gut	2. gut	3. befriedigend	4. genügend	5. nicht genügend	nicht von Bedeutung
7. Wie hat sie Ihre Beschwerden schnell gelindert ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Wie hat sie 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. Wie gründlich war sie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie führte sie bei Ihnen körperliche Untersuchungen durch ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Wie hat sie Ihnen Angebote zur Krankheitsvorbeugung gemacht ? (z.B. Impfungen, Gesundenuntersuchungen, Mutter-Kind Paß-Untersuchungen, Raucherentwöhnung und ähnliches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>TEIL3: Was ist Ihre Meinung über Ihre Hausärztin und die Praxis in den letzten 12 Monaten ?</b>	1. sehr gut	2. gut	3. befriedigend	4. genügend	5. nicht genügend	nicht von Bedeutung
12. Wie hat sie 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. Wie hat sie 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. Wie hat sie 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. Wie hat sie Ihnen erläutert, wie wichtig es ist, ihre Ratschläge zu befolgen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<b>TEIL4: Was ist Ihre Meinung über Ihre Hausärztin und die Praxis in den letzten 12 Monaten ?</b>	1. sehr gut	2. gut	3. befriedigend	4. genügend	5. nicht genügend	nicht von Bedeutung
16. Wie hat sie sich erinnert, wie 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. Wie hat sie Sie darauf vorbereitet, was Sie beim Facharzt bzw. im Krankenhaus erwartet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>TEIL 5: Was ist Ihre Meinung über Ihre Hausärztin und die Praxis in den letzten 12 Monaten ?</b>	1. sehr gut	2. gut	3. befriedigend	4. genügend	5. nicht genügend	nicht von Bedeutung
18. Wie war die Hilfsbereitschaft der anderen Praxismitarbeiter/Innen (außer der Ärztin) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Wie war es Ihnen möglich, passende Termine zu bekommen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Wie war die telefonische Erreichbarkeit der Praxis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Wie war es möglich, 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. Wie waren die Wartezeiten in der Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Wie erhielten Sie schnelle Hilfe bei dringenden Gesundheitsproblemen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>TEIL6: Was ist Ihre Meinung über Ihre Hausärztin und die Praxis in den letzten 12 Monaten ?</b>	1. stimme voll und ganz zu	2. stimme zu	3. teils-teils	4. stimme nicht zu	5. überhaupt nicht	nicht von Bedeutung
24. Ich kann meinen Freunden diese Hausärztin sehr empfehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Ich habe keinen Grund, einen Wechsel zu einer anderen Hausärztin in Betracht zu ziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**TEIL 7: ANGABEN ZU IHRER PERSON**

26. **Geschlecht:**     weiblich             männlich

27. **Geburtsjahr:**    19\_\_\_\_\_

28. **Höchste abgeschlossene Schulbildung:**

- Volksschule     Hauptschule     Berufsschule     Meister/in  
 HTL, HAK usw.     Matura             Hochschule     andere

29. **Familienstand:**

- ledig                       verheiratet             geschieden

verwitwet             Lebensgemeinschaft    30.   Anzahl der Kinder

31. **Arbeitssituation:**

- Karenz / Mutterschutz  
 Arbeiter/in             Angestellte/r             Beamte/r  
 selbständig             Hausfrau/Hausmann     in Ausbildung  
 arbeitslos             Schüler/in / Student/in     Pensionist/in

32. **Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt zu Ihrer Hausärztin ?**

mal

33. **Im allgemeinen würde ich meinen Gesundheitszustand bezeichnen als .....**

- sehr gut  
 gut  
 befriedigend  
 schlecht  
 sehr schlecht

34. **Haben Sie eine ernste Erkrankung, die schon länger als 3 Monate andauert ?**

- ja             nein

35. **Wenn Ja:**

**Welche Krankheit:** .....

36. **Seit wann ?:**    seit .....Monaten

37. **Bemerkungen zum Fragebogen:**

.....  
.....  
.....