



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.

Ihr Hausarzt wünscht sich diese Befragung seiner Patientinnen und Patienten.

Er erhält eine Zusammenfassung der Ergebnisse und bekommt so von seinen Patienten eine wichtige Rückmeldung darüber, wo seine Stärken liegen und wo er eventuell noch etwas verbessern könnte.

Er 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



**QUALITÄTSSICHERUNGSTUDIE
ZUR ZUFRIEDENHEIT
VON PATIENTEN MIT IHREM HAUSARZT**

ARZT CODE

M			
---	--	--	--

FRAGEBOGEN NR.

--	--	--	--



TEIL 1: Was ist Ihre Meinung über Ihren Hausarzt und die Praxis in den letzten 12 Monaten ?	1. sehr gut	2. gut	3. befriedigend	4. genügend	5. nicht genügend	nicht von Bedeutung
1. Wie hat er Ihnen während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, daß er 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 er 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 er 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 er 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 er 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"/>

TEIL 2: Was ist Ihre Meinung über Ihren Hausarzt und die Praxis in den letzten 12 Monaten ?	1. sehr gut	2. gut	3. befriedigend	4. genügend	5. nicht genügend	nicht von Bedeutung
7. Wie hat er 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 er Ihnen geholfen, damit Sie sich gut genug fühlen, 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 er ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wie führte er 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 er 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"/>

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



TEIL4: Was ist Ihre Meinung über Ihren Hausarzt und die Praxis in den letzten 12 Monaten ?	1. sehr gut	2. gut	3. befriedigend	4. genügend	5. nicht genügend	nicht von Bedeutung
16. Wie hat er sich erinnert, wie er 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 er 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"/>

TEIL 5: Was ist Ihre Meinung über Ihren Hausarzt und die Praxis in den letzten 12 Monaten ?	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 dem Arzt) ?	<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, den Hausarzt 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"/>

TEIL6: Was ist Ihre Meinung über Ihren Hausarzt und die Praxis in den letzten 12 Monaten ?	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 diesen Hausarzt 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 einem anderen Hausarzt 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 Ihrem Hausarzt ?**
 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:**
.....
.....
.....