

Fragebogen Patientenzufriedenheit



Sehr geehrte Damen und Herren,

Mit einer kurzen Rückmeldung und allfälligen Anregungen helfen Sie uns, die Qualität unserer Dienstleistungen laufend zu verbessern. Die Befragung ist anonym. Mit bestem Dank - Ihr allcare-Team

1. Geschlecht: männlich weiblich Datum:

2. Geburtsjahr : 3. Muttersprache:

4. Standort: Mürtchenstr. 26 Prime Tower/Cubus Hohlstrasse 471/473

5. Wie sind Sie auf allcare aufmerksam geworden?

Bekannte Internet Werbung Arbeitgeber

6. Wie sind Sie zu uns gekommen:

zu Fuss mit dem Auto öff. Verkehrsmittel

Bewertungs-Scala:

5 - sehr gut, 4 - gut, 3 - durchschnittlich, 2 - mangelhaft, 1 - schlecht

7. Wie beurteilen Sie die allcare Praxis:

Öffnungszeiten	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Erreichbarkeit der Praxis	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Sauberkeit/Hygiene	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Sprachenvielfalt	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

8. Wie beurteilen Sie Räumlichkeiten und deren Ausstattung bei allcare?

Warteräume	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Technische Ausstattung	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Behandlungsräume	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Informationsmaterial	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

9. Wie zufrieden sind Sie mit der Terminvergabe und den Wartezeiten?

Wartezeit	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Flexibilität / Terminvergabe	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Ausstattung Wartebereich	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Online Terminvergabe	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

10. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem / Ihrer Arzt /Ärztin,Therapeut/Therapeutin?

Name:

Kompetenz	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Aufklärungsbereitschaft	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Behandlung / Ablauf	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Verständlichkeit	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Freundlichkeit	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

11. Wie zufrieden sind Sie mit dem allcare Praxispersonal?

Kompetenz	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Sprachen	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Freundlichkeit	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Hilfsbereitschaft	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

12. Bemerkungen
