

24. **Was ist für Sie am wichtigsten, wenn Sie Ihren Arzt besuchen?**

In den vorherigen Fragen haben Sie Ihren Arzt und die Praxis insgesamt bewertet. Wählen Sie bitte unter den folgenden Aussagen die drei Punkte aus, die Sie am wichtigsten finden, wenn Sie mit Ihrer allgemeinmedizinischen Praxis in Kontakt stehen:

Kennzeichnen Sie die drei für Sie wichtigsten Punkte mit einem X

- | | |
|--|--------------------------|
| Ihnen wird während des Beratungsgesprächs das Gefühl gegeben, dass es genug Zeit für Sie gibt | <input type="checkbox"/> |
| es wird Interesse an Ihrer Situation gezeigt | <input type="checkbox"/> |
| es wird Ihnen leicht gemacht, über Ihre Probleme zu sprechen | <input type="checkbox"/> |
| Sie werden an Entscheidungen beteiligt | <input type="checkbox"/> |
| Ihnen wird zugehört | <input type="checkbox"/> |
| Vertraulichkeit und Diskretion werden gewahrt | <input type="checkbox"/> |
| es wird schnell für eine Besserung der Symptome gesorgt | <input type="checkbox"/> |
| Ihnen wird geholfen, so gesund zu werden, dass Sie Ihre normalen Aktivitäten fortsetzen können | <input type="checkbox"/> |
| bei der Behandlung Ihrer Probleme wird sorgsam vorgegangen | <input type="checkbox"/> |
| Sie werden untersucht | <input type="checkbox"/> |
| Ihnen werden Gespräche über Ihre Gesundheit, Vorbeugeuntersuchungen und Impfungen angeboten | <input type="checkbox"/> |
| Ihnen wird der Zweck von Tests und Behandlungen erklärt | <input type="checkbox"/> |
| mit Ihnen wird über Ihre Symptome und Ihre Krankheiten gesprochen, so dass Sie sich gut informiert fühlen | <input type="checkbox"/> |
| Ihnen wird geholfen, mit Ihren Gefühlen in Bezug auf Ihre gesundheitlichen Probleme umzugehen | <input type="checkbox"/> |
| Ihnen wird geholfen, zu verstehen, warum es wichtig ist, den Rat des Arztes zu befolgen | <input type="checkbox"/> |
| Ihnen wird geholfen, zu verstehen, was während vorhergehender Kontakte mit der Praxis gesagt und getan wurde | <input type="checkbox"/> |
| Sie werden darauf vorbereitet, was Sie von anderen Gesundheitsdienstleistern wie Krankenhäusern, Fachärzten usw. erwarten können | <input type="checkbox"/> |
| Hilfsbereitschaft des nichtmedizinischen Personals | <input type="checkbox"/> |
| Möglichkeit, einen Termin mit einem für Sie passenden Zeitpunkt zu vereinbaren | <input type="checkbox"/> |
| Möglichkeit, die Praxis telefonisch zu erreichen | <input type="checkbox"/> |
| Möglichkeit, mit Ihrem Arzt am Telefon zu sprechen | <input type="checkbox"/> |
| Wartezeit im Wartezimmer | <input type="checkbox"/> |
| Möglichkeit, im Fall dringender gesundheitlicher Probleme schnell medizinische Versorgung zu erhalten | <input type="checkbox"/> |

Auf dieser Seite können Sie weitere Bemerkungen zu Ihrem Arzt machen. Sie können erläutern, warum Sie die vorherigen Fragen auf diese Weise beantwortet haben, oder Sie können sich zu anderen Dingen äußern. Ihr Arzt möchte gern wissen, was Sie lobenswert oder kritikbedürftig finden, um einen Eindruck davon zu bekommen, wo die Dinge gut laufen und wo es Raum für Verbesserungen gibt. Ihr Arzt wird einen Ausdruck der Bemerkungen erhalten. Wenn Sie anonym bleiben möchten, müssen Sie Ihre Bemerkungen deshalb so formulieren, dass Ihr Arzt Sie nicht identifizieren kann.

25. Was macht Ihr Arzt Ihrer Meinung nach gut?

26. Was funktioniert Ihrer Meinung nach in der Praxis Ihres Arztes gut?

27. Was könnte Ihr Arzt Ihrer Meinung nach anders oder besser machen?

28. Was könnte Ihrer Meinung nach in der Praxis Ihres Arztes anders oder besser sein?

29. Haben Sie Anmerkungen zu diesem Fragebogen?

Die Antworten auf die folgenden Fragen ermöglichen uns, zu untersuchen, wie verschiedene Gruppen von Patienten ihren Arzt bewerten. Bei diesen Gruppen kann es sich um jüngere Patienten handeln oder um Patienten, die sich ihrer Meinung nach in einem schlechten gesundheitlichen Zustand befinden.

30. Sind Sie weiblich oder männlich? Weiblich
Männlich

31. Wie alt sind Sie?
Tragen Sie die Anzahl der Jahre ein, z. B. 39

32. Seit wie vielen Jahren gehen Sie zu dem Arzt, den Sie bewerten?
Tragen Sie die Anzahl der Jahre ein, z. B. 07
Tragen Sie 00 ein, wenn es seit weniger als einem Jahr ist

33. Wie würden Sie Ihren gesundheitlichen Zustand beschreiben?

Ausgezeichnet

Sehr gut

Gut

Schlecht

Sehr schlecht

34. Haben Sie innerhalb der letzten 12 Monate an einer oder mehreren der folgenden Störungen oder Krankheiten gelitten?

	Ja	Nein
--	----	------

Bluthochdruck, Brustschmerzen (Angina), Schlaganfall, Gehirnblutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Diabetes mellitus Typ 1, Diabetes mellitus Typ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Bronchitis, Emphysem, COPD, Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------------------	--------------------------	--------------------------

Arthrose, Gelenkrheumatismus, Bandscheibenvorfall, Rückenbeschwerden, Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Psychische Erkrankung, psychische Störung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Migräne, häufige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	--------------------------

Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	--------------------------

Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit für diesen Fragebogen genommen haben!