

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten, dass Sie mit uns zufrieden sind.

Dies gilt sowohl für die eigentliche ärztliche Leistung als auch für die vielen „Kleinigkeiten“ wie Wartezeiten, Freundlichkeit der Mitarbeiter, Ausstattung der Warteräume usw., die zu Ihrer Gesamtmeinung über unsere Praxis beitragen.

Wir möchten uns in allen Bereichen immer weiter verbessern.

Dabei können Sie uns helfen, indem Sie die Fragen auf der nächsten Seite beantworten und –wo immer Ihnen dies nötig erscheint- auch mit Kritik nicht sparen.

Sie können gerne die Wartezeit nutzen, um den Fragebogen auszufüllen.

Ihre Personalien müssen Sie natürlich nicht angeben, wenn Sie dies nicht möchten.

Den ausgefüllten Fragebogen können Sie in der dafür vorgesehenen Box einwerfen.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Ihr Praxisteam

Bitte kreuzen Sie an, in welcher Abteilung unserer überörtliche Gemeinschaftspraxis Sie **heute** gewesen sind.

<input type="checkbox"/> CT Hochstr.	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie Bottrop
<input type="checkbox"/> Röntgen Hochstr.	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie Dinslaken
<input type="checkbox"/> Mammographie Hochstr.	<input type="checkbox"/> Strahlentherapie Dorsten
<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin Hochstr.	<input type="checkbox"/> MRT Marienhospital
<input type="checkbox"/> Nuklearmedizin Dorsten	<input type="checkbox"/> MRT Hochstr.
<input type="checkbox"/> Radiologie Centro Oberhausen	<input type="checkbox"/> FUS Voruntersuchung Marienhospital
<input type="checkbox"/> Radiologie Heliosklinik Oberhausen	<input type="checkbox"/> FUS Behandlung Marienhospital

Datum der Untersuchung/Therapie \_\_\_\_\_

Bitte beurteilen Sie uns in folgenden Themen:

Lob oder  Beschwerde

1. Wurde der vereinbarte Termin entsprechend den Praxisgegebenheiten eingehalten?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Bitte die Wartezeit angeben : _____	

2. Sind Sie mit unseren Terminangeboten zufrieden ?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------

3. Sind Sie mit dem Erscheinungsbild und Ausstattung des Wartebereiches zufrieden ?  
(Ordnung, Sitzgelegenheiten, Zeitschriften, Getränke, Belüftung usw.)

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------

4. Sind Sie ausführlich über die Untersuchung oder Therapie informiert worden ?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
-----------------------------	-------------------------------

5. Sind Sie mit der Freundlichkeit unserer Mitarbeiter zufrieden ?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Weil _____	

6. Würden Sie unsere Praxis weiter empfehlen ?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Weil _____	

7. Fühlten Sie sich von der ärztlichen Seite gut betreut ?

Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Weil _____	

Anmerkungen / Verbesserungsvorschläge (bei Bedarf bitte die Rückseite benutzen):

---



---

Meine Personalien (Angaben freiwillig):

Name, Vorname

Anschrift

Telefonnr. / Handy