

WELCHES IST IHRE MEINUNG ÜBER IHREN HAUSARZT / HAUSÄRZTIN UND SEINE / IHRE PRAXIS?

Mit diesem Fragebogen möchten wir erfahren, wie Ihre Erfahrungen mit Ihrer Hausärztin oder Ihrem Hausarzt sind. Bitte kreuzen Sie das Kästchen mit der für Sie am besten zutreffenden Antwort zwischen 5 (= ausgezeichnet) und 1 (=schlecht) an. Falls eine Aussage auf Sie nicht zutrifft, kreuzen Sie bitte das Kästchen „nicht zutreffend/nicht von Bedeutung“ an.

Ihre Antworten bleiben auf jeden Fall anonym.

WIE HAT DIESER HAUSARZT BZW. DIESE HAUSÄRZTIN BEZOGEN AUF DIE VERGANGENEN 12 MON		schlecht					ausgezeichnet	nicht zutreffend/nicht von Bedeutung
		1	2	3	4	5		
1	... Ihnen während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, dass er/sie Zeit für Sie hat?	<input type="checkbox"/>						
2	... Interesse an Ihrer persönlichen Situation gezeigt?	<input type="checkbox"/>						
3	... es Ihnen leichtgemacht, über Ihre Probleme zu sprechen?	<input type="checkbox"/>						
4	... Sie in Entscheidungen über Ihre medizinische Behandlung einbezogen?	<input type="checkbox"/>						
5	... Ihnen zugehört?	<input type="checkbox"/>						
6	... auf den vertraulichen Umgang mit Patientinformationen geachtet?	<input type="checkbox"/>						
7	... Ihnen Ihre Beschwerden schnell lindern können?	<input type="checkbox"/>						
8	... Ihnen geholfen, damit Sie sich gut genug fühlten, um Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können?	<input type="checkbox"/>						
9	... sich gründlich mit Ihren Problemen befasst?	<input type="checkbox"/>						
10	... Sie körperlich untersucht?	<input type="checkbox"/>						
11	... Ihnen Angebote zur Krankheitsvorbeugung gemacht? z.B. Impfungen, Gesundheitskontrollen	<input type="checkbox"/>						
12	... Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?	<input type="checkbox"/>						
13	... Sie über das informiert, was Sie über Ihre Beschwerden bzw. Erkrankung wissen wollten?	<input type="checkbox"/>						
14	... Ihnen beim Umgang mit Ihren Gefühlen im Zusammenhang mit Ihrem Gesundheitszustand geholfen?	<input type="checkbox"/>						
15	... Ihnen erläutert, warum es wichtig ist, seine/ihre Ratschläge zu befolgen?	<input type="checkbox"/>						
16	... sich erinnert, wie er/sie Sie bei früheren Gesprächen behandelt und beraten hat?	<input type="checkbox"/>						
17	... Sie bei Überweisungen darauf vorbereitet, was Sie beim Spezialist bzw. im Spital erwartet?	<input type="checkbox"/>						
WIE WAR(EN) IN DEN VERGANGENEN 12 MONATEN ...								
18	... die Hilfsbereitschaft der anderen PraxismitarbeiterInnen (ausser dem Arzt bzw. der Ärztin)	<input type="checkbox"/>						
19	... das Angebot der Praxis an passenden Terminen?	<input type="checkbox"/>						
20	... die telefonische Erreichbarkeit der Praxis?	<input type="checkbox"/>						
21	... die Möglichkeit, den Hausarzt / die Hausärztin selbst am Telefon zu sprechen?	<input type="checkbox"/>						



		schlecht		ausgezeichnet	nicht zutreffend/nicht von Bedeutung
22	... die Wartezeiten in der Praxis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	... die Möglichkeiten zu schneller Hilfe bei dringenden Gesundheitsproblemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		stimme ganz und gar nicht zu			stimme voll und ganz zu	nicht zutreffend/nicht von Bedeutung
		1	2	3	4	5
24	Ich kann meinen Freunden diesen Hausarzt/diese Hausärztin sehr empfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Ich habe keinen Grund, einen Wechsel zu einem andern Hausarzt / Hausärztin in Betracht zu ziehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Angaben zu Ihrer Person

- 1) Ihr Geschlecht männlich weiblich
- 2) Ihr Alter Jahre
- 3) Welches ist Ihre Muttersprache?
- Deutsch
 - Französisch
 - Englisch
 - Italienisch
 - Rätoromanisch
 - Portugiesisch
 - Türkisch
 - Slawisch
 - Spanisch
 - Andere
- 4) Welches ist Ihr höchster Schulabschluss?
- Primarschule
 - Sekundarschule
 - Mittelschule oder abgeschlossene Berufslehre
 - Fachhochschule oder Hochschule
 - anderer Abschluss
- 5) Welchen Zivilstand/Familienstand haben Sie?
- ledig
 - verheiratet
 - verwitwet
 - geschieden
- 6) Im Allgemeinen würde ich meinen Gesundheitszustand bezeichnen als
- ausgezeichnet
 - sehr gut
 - gut
 - mässig
 - schlecht

Wie viele Tage waren Sie in den letzten 12 Monaten

- 7) arbeitsunfähig? Tage
- 8) im Spital? Tage
- 9) Wie oft hatten Sie in den letzten 12 Monaten Kontakt zu dieser Praxis (in der Praxis oder bei Hausbesuchen)? mal
- 10) Haben Sie eine chronische Krankheit, die länger als 3 Monate andauert? ja nein

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens



SCESm 080

© EQUAM Stiftung