

## Patientenfragebogen

im Rahmen des Qualitätsmanagements

### Werte Patienten,

vorab danken wir Ihnen für Ihre Bereitschaft, uns mit ihrer Rückmeldung in unserem Bemühen um Ablauf- und Versorgungsoptimierung zu unterstützen!  
Bitte beantworten Sie uns die folgenden Fragen:

#### 1. Welchen Sprechstuententyp haben Sie in Anspruch genommen?

- a. allgemeine Orthopädie  
(konservativ, inkl. Sportmedizin, ggf. mit digitalem Röntgen, Sonographie, Manueller Therapie, Injektionen, Stoßwelle, MatrixRhythmusTherapie, ACP)
- b. Fuß-Sprechstunde  
Beim spezialisierten Operateur
- c. Kinder-Orthopädie  
Beim zertifizierten Kinder-Orthopäden (Ärzte-Kammer Westf.-Lippe)
- d. Funktionelle Orthopädie / privatärztliche Sondersprechstunde  
Für z.B. CMD, KISS-Kinder, Haltungs- & Bewegungsoptimierung, funktionelle Schmerztherapie; anderweitig fachärztlich nicht ergründ- u/o effektiv therapierbare Beschwerden  
Fachärztlich orthopädische Osteopathie (ehem. Dozent der DAOM)  
Konsiliar-Sprechstunde „CMD“ mit Zahnarzt, Kieferorthopäde u/o Krankengymnast etc.  
Konsiliar-Sprechstunde „TCM“ (inkl. Akupunktur)

#### 2. Was lenkte Sie in unsere Praxis?

- Erstbeste Auskunft
- Homepage
- Empfehlung des zuweisenden Arztes
- Empfehlung Dritter

#### 3. Sie vereinbarten den Termin

- Telefonisch
- Online
- Persönlich vor Ort

#### 4. Die Terminzuweisung erfolgte

- a. In dringendem Fall binnen 4 Tagen ja    nein
- b. Als Wunschtermin (Tag & Tageszeit) binnen 14 Tagen                                    ja    nein

#### 5. Sie bevorzugen Termine

An folgenden Werktagen:

In der Zeit von:

#### 6. Ihre Beschwerden

- a. bestanden seit  
<14d  
>2Wo  
>2Mon  
>6Mon
- b. waren hausärztlich vorbehandelt worden  
ja    nein
- c. waren fachärztlich vorbehandelt worden  
ja    nein

#### 7. Therapieeffekte (auch vorübergehende):

Sie verließen die Praxis deutlich beschwerdegelindert / beschwerdefrei  
Wurden innerhalb von 6d beschwerdefrei  
Waren nach 2Wo beschwerdefrei  
Die Therapie bewirkte keine Verbesserung  
Nicht beurteilbar, es erfolgte nur eine Untersuchung ohne Behandlung

#### 8. Ihre Beurteilung unserer

**Versorgungsstrategie(patientenindividuelle Therapie, möglichst komplette Versorgung an einem Termin, möglichst wenig Terminbindung)**

Zufriedenstellend / gerne wieder in dieser Art

Lieber fraktionierte Therapie mit mehreren Wiedervorstellungsterminen zugunsten zuverlässig kurzer Wartezeiten in der Praxis

**9. Wüschtten Sie mehr oder andere Informationen über die bei Ihnen vorgenommene Behandlung?**

Durch den Arzt

Vom Praxispersonal

In schriftlicher Form

Auf unserer Praxishomepage

Nein, die Informationen waren ausreichend

Informationen und Aufklärungsgespräche

waren zu umfangreich

Freie Bemerkungen:

**10. Sonstige Anregungen und Kritik:**