

Patientenfragebogen i R d Qualitätsmanagementes

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 Sprechstuentyp haben Sie in Anspruch genommen?
 - a. allgemeine Orthopädie
 - i. (konservativ, inkl. Sportmedizin, ggf. mit digitalem Röntgen, Sonographie, Manueller Therapie, Injektionen, Stoßwelle, MatrixRhythmusTherapie, ACP)
 - b. Fuß-Sprechstunde
 - i. Beim spezialisierten Operateur
 - c. Kinder-Orthopädie
 - i. Beim zertifizierten Kinder-Orthopäden (Ärzte-Kammer Westf.-Lippe)
 - d. Funktionelle Orthopädie / privatärztliche Sondersprechstunde
 - i. Für z.B. CMD, KISS-Kinder, Haltungs- & Bewegungsoptimierung, funktionelle Schmerztherapie; anderweitig fachärztlich nicht ergründ- u/o effektiv therapierbare Beschwerden
 - ii. Fachärztlich orthopädische Osteopathie (ehem. Dozent der DAOM)
 - iii. Konsiliar-Sprechstunde „CMD“ mit Zahnarzt, Kieferorthopäde u/o Krankengymnast etc.
 - iv. Konsiliar-Sprechstunde „TCM“ (inkl. Akupunktur)
2. Was lenkte Sie in unsere Praxis?
 - a. Erstbeste Auskunft
 - b. Homepage
 - c. Empfehlung des zuweisenden Arztes
 - d. Empfehlung Dritter
3. Sie vereinbarten den Termin
 - a. Telefonisch
 - b. Online
 - c. Persönlich vor Ort
4. Die Terminzuweisung erfolgte
 - a. In dringendem Fall binnen 4 Tagen j/n
 - b. Als Wunschtermin (Tag & Tageszeit) binnen 14 Tagen
5. Sie bevorzugen Termine

- a. An folgenden Werktagen:
 - b. In der Zeit von
6. Ihre Beschwerden
- a. bestanden seit
 - i. <14d
 - ii. >2Wo
 - iii. >2Mon
 - iv. >6Mon
 - b. Waren hausärztlich vorbehandelt worden j / n
 - c. Waren fachärztlich vorbehandelt worden j / n
7. Therapieeffekte (auch vorübergehende):
- a. Sie verließen die Praxis deutlich beschwerdegelindert / beschwerdefrei
 - b. Wurden innerhalb von 6d beschwerdefrei
 - c. Waren nach 2Wo beschwerdefrei
 - d. Die Therapie bewirkte keine Verbesserung
 - e. 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)
- a. Zufriedenstellend / gerne wieder in dieser Art
 - b. Lieber fraktionierte Therapie mit mehreren Wiedervorstellungsterminen zugunsten zuverlässig kurzer Wartezeiten in der Praxis
9. Wünschten Sie mehr oder andere Informationen über die bei Ihnen vorgenommene Behandlung?
- a. Durch den Arzt
 - b. Vom Praxispersonal
 - c. In schriftlicher Form
 - d. Auf unserer Praxishomepage
 - e. Nein, die Informationen waren ausreichend
 - f. Informationen und Aufklärungsgespräche waren zu umfangreich
 - g. Freie Bemerkungen:
10. Sonstige Anregungen und Kritik: