



Ich wurde behandelt von:  Dr. Thomas Baum,  ZÄ Paula Branco,  ZA Jonas Seifert

**A.** Wie zufrieden sind Sie mit der **Kontaktaufnahme / Empfang / Wartebereich** in unserer Praxis?

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	Trifft nicht zu / keine Aussage
1. Wartezeit auf den Arzttermin?	<input type="checkbox"/>				
2. Telefonverhalten?	<input type="checkbox"/>				
3. Wartezeit vor Behandlung?	<input type="checkbox"/>				
4. Atmosphäre in der Praxis ?	<input type="checkbox"/>				
5. Anfahrts- / Parkmöglichkeiten?	<input type="checkbox"/>				
6. Sauberkeit in der Praxis?	<input type="checkbox"/>				
7. Wartezimmerbereich?	<input type="checkbox"/>				
8. Informationsmaterial in der Praxis?	<input type="checkbox"/>				

**B.** Wie zufrieden sind Sie mit der **Beratung und Aufklärung** in unserer Praxis?

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	Trifft nicht zu / keine Aussage
1. Informationen zu den Ursachen und Verlauf Ihrer Erkrankung?	<input type="checkbox"/>				
2. Gesprächsatmosphäre?	<input type="checkbox"/>				
3. Information zur geplanten Therapie?	<input type="checkbox"/>				
4. Information über Wirkung / Nebenwirkung der verordneten Medikamente?	<input type="checkbox"/>				
5. Aufklärung über entstehende Kosten?	<input type="checkbox"/>				
6. Verständlichkeit der Informationen?	<input type="checkbox"/>				



**C. Wie zufrieden sind Sie mit der **zahnärztlichen Behandlung**?**

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	Trifft nicht zu / keine Aussage
1. Freundlichkeit des Teams?	<input type="checkbox"/>				
2. Kommunikation während der Behandlung?	<input type="checkbox"/>				
3. Schmerzvermeidung während der Behandlung?	<input type="checkbox"/>				
4. Dauer der Sitzung?	<input type="checkbox"/>				
5. Erscheinungsbild des Praxispersonals?	<input type="checkbox"/>				
6. Sauberkeit / Hygiene?	<input type="checkbox"/>				

**D. Wie zufrieden sind Sie mit dem **Ergebnis** der Behandlung?**

	Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden	Trifft nicht zu / keine Aussage
1. Ästhetik des Behandlungsergebnisses?	<input type="checkbox"/>				
2. Funktion des Behandlungsergebnisses?	<input type="checkbox"/>				
3. Behandlungsziele erreicht?	<input type="checkbox"/>				

**E. Ihre **Kritik, Anregungen** oder **Wünsche** sind uns wichtig!**

---

---

---

---

---

---

***Vielen Dank für Ihre Mithilfe!***