



Patient:innenfragebogen

Zahnfüllung oder Inlay

Online-Befragung
Ansichtsexemplar

Allgemeine Angaben

1 Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.

Männlich

☐

Weiblich

☐

Divers

☐

Keine Angabe

☐

2

Jahre

Bitte geben Sie Ihr Alter an:

3 Wie lange sind Sie bereits in dieser Praxis?

Weniger als 1 Jahr

☐

1 bis 5 Jahre

☐

Mehr als 5 Jahre

☐

4

Gesetzlich

Privat

Wie sind Sie krankenversichert? (Bitte nur eine Angabe)

☐
☐

5

Ja

Nein

Haben Sie eine private Zahn-Zusatzversicherung?

☐
☐

Teil A

Patienteninformation und Aufklärung

6	Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen über Ihre Erfahrungen bei Ihrer aktuellen Behandlung in unserer Zahnarztpraxis:	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Weiß nicht
6.1	Ich habe verständliche Informationen über die geplante Behandlung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.2	Die Informationen zur geplanten Behandlung waren aus meiner Sicht ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.3	Ich wurde verständlich über den Ablauf meiner Behandlung informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.4	Alle meine Fragen wurden verständlich beantwortet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.5	Ich habe verständliche Informationen über meine Erkrankungen bzw. Beschwerden erhalten (z. B. Ursachen, Folgen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.6	Die Informationen über meine Erkrankungen bzw. Beschwerden waren aus meiner Sicht ausreichend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.7	Ich wurde auch über andere Behandlungsmöglichkeiten informiert (z. B. Behandlungsalternativen, verschiedene Materialien).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.8	Ich habe genügend Informationen erhalten, um mich für eine Behandlungsmöglichkeit zu entscheiden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.9	An der Entscheidung über meine Behandlung wurde ich wunschgemäß beteiligt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Behandlungskosten						
7	Bitte bewerten Sie die folgenden Aussagen über Ihre Erfahrungen bei Ihrer aktuellen Behandlung in unserer Zahnarztpraxis:	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Weiß nicht
7.1	Für diese Behandlung muss ich eine Zuzahlung (Eigenanteil) leisten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	Ich wurde verständlich über die Zuzahlung (Eigenanteil) informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3	Ich habe die Informationen über die Kosten rechtzeitig vor Beginn der Behandlung erhalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Praxisorganisation						
8	Bitte bewerten Sie die folgenden Aspekte in unserer Zahnarztpraxis:	Sehr gut	Eher gut	Teils/teils	Eher schlecht	Sehr schlecht
8.1	Telefonische Erreichbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	Möglichkeit, passende Termine in der Praxis zu bekommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	Wartezeiten in der Praxis (im Wartezimmer oder im Behandlungszimmer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4	Freundlichkeit des Praxisteams (zahnmedizinisches Personal und Zahnärztin/Zahnarzt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	Hygiene und Sauberkeit der Praxisräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6	Gestaltung der Praxisräume (z. B. Empfangs- und Wartebereich, Trinkwasserspender, Zeitschriften)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7	Erscheinungsbild des Praxisteams (z. B. Berufskleidung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8	Internetauftritt der Praxis (sofern vorhanden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesamtbewertung						
9	Bitte sagen Sie uns Ihre Meinung zu unserer Zahnarztpraxis:	Ja, auf jeden Fall	Ja, wahrscheinlich	Nein, eher nicht	Nein, auf keinen Fall	Weiß nicht
9.1	Ich würde diese Zahnarztpraxis uneingeschränkt weiterempfehlen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	Ich habe eine hohe Meinung von dieser Zahnarztpraxis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	Ich habe sehr gute Erfahrungen mit dieser Zahnarztpraxis gemacht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	Ich werde mich auf jeden Fall weiter in dieser Zahnarztpraxis behandeln lassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Haben Sie sonstige Anmerkungen, Hinweise, Wünsche an unsere Praxis?						

Teil B

Zahnfüllung / Inlay

11 In unserer Praxis haben Sie vor kurzem eine Zahnfüllung oder ein Inlay erhalten.
In welchem Bereich haben Sie die neue Füllung / das Inlay erhalten?

Im Frontzahnbereich (Schneidezähne, Eckzähne)

☐

Im Seitenbereich (Backenzähne)

☐

12 Welches Material wurde verwendet?

Kunststoff

☐

Goldlegierung

☐

Amalgam

☐

Keramik

☐

Weiß ich nicht

☐

13 Wann haben Sie Ihre neue Füllung / Ihr neues Inlay erhalten?

Vor etwa

_____ Wochen

Schmerzen während und nach der Behandlung

14 Bitte bewerten Sie Ihre Schmerzen während und nach der Behandlung:

Trifft voll zu

Trifft eher zu

Trifft eher nicht zu

Trifft gar nicht zu

Weiß nicht

14.1 Ich hatte während der Behandlung erhebliche Schmerzen an Zähnen oder Zahnfleisch (z. B. wegen nachlassender oder nicht wirkender Betäubung).

☐
☐
☐
☐
☐

14.2 Ich hatte nach der Behandlung länger als 24 Stunden erhebliche Schmerzen im Mund.

☐
☐
☐
☐
☐

14.3 Während mindestens einer Behandlung wurden meine Mundwinkel oder Lippen entweder stark eingeklemmt, schmerzhaft gedehnt oder sind eingerissen.

☐
☐
☐
☐
☐

14.4 Ich hatte nach der Behandlung länger als 24 Stunden erhebliche Schmerzen im Nacken.

☐
☐
☐
☐
☐

Ihre neue Füllung / Ihr neues Inlay

15 Bitte bewerten Sie Ihr Behandlungsergebnis zum heutigen Zeitpunkt:

Trifft voll zu

Trifft eher zu

Trifft eher nicht zu

Trifft gar nicht zu

Weiß nicht

15.1 Die neue Füllung / das neue Inlay passt farblich gut zu meiner natürlichen Zahnfarbe (sofern zutreffend)

☐
☐
☐
☐
☐

15.2 Die neue Füllung / das neue Inlay ist zu hoch.

☐
☐
☐
☐
☐

15.3 Im Bereich der neuen Füllung / des Inlays spüre ich scharfe Kanten oder Unebenheiten.

☐
☐
☐
☐
☐

15.4 Im Bereich der neuen Füllung habe ich Probleme, die Zahnzwischenräume mit Zahnseide zu reinigen.

☐
☐
☐
☐
☐

15.5 Der Zahn ist jetzt empfindlicher als früher (z. B. kälte- und/oder wärmeempfindlich).

☐
☐
☐
☐
☐

15.6 Ich bin mit der neuen Füllung / dem neuen Inlay insgesamt zufrieden.

☐
☐
☐
☐
☐

16 Haben Sie weitere Anmerkungen zu dieser Behandlung?