



Patient:innenfragebogen

Chirurgische zahnärztliche Behandlung

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"/>				
6.2 Die Informationen zur geplanten Behandlung waren aus meiner Sicht ausreichend.	<input type="checkbox"/>				
6.3 Ich wurde verständlich über den Ablauf meiner Behandlung informiert.	<input type="checkbox"/>				
6.4 Alle meine Fragen wurden verständlich beantwortet.	<input type="checkbox"/>				
6.5 Ich habe verständliche Informationen über meine Erkrankungen bzw. Beschwerden erhalten (z. B. Ursachen, Folgen).	<input type="checkbox"/>				
6.6 Die Informationen über meine Erkrankungen bzw. Beschwerden waren aus meiner Sicht ausreichend.	<input type="checkbox"/>				
6.7 Ich wurde auch über andere Behandlungsmöglichkeiten informiert (z. B. Behandlungsalternativen, verschiedene Materialien).	<input type="checkbox"/>				
6.8 Ich habe genügend Informationen erhalten, um mich für eine Behandlungsmöglichkeit zu entscheiden.	<input type="checkbox"/>				
6.9 An der Entscheidung über meine Behandlung wurde ich wunschgemäß beteiligt.	<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"/>				
7.2 Ich wurde verständlich über die Zuzahlung (Eigenanteil) informiert.	<input type="checkbox"/>				
7.3 Ich habe die Informationen über die Kosten rechtzeitig vor Beginn der Behandlung erhalten.	<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"/>				
8.2 Möglichkeit, passende Termine in der Praxis zu bekommen	<input type="checkbox"/>				
8.3 Wartezeiten in der Praxis (im Wartezimmer oder im Behandlungszimmer)	<input type="checkbox"/>				
8.4 Freundlichkeit des Praxisteam (zahnmedizinisches Personal und Zahnärztin/Zahnarzt)	<input type="checkbox"/>				
8.5 Hygiene und Sauberkeit der Praxisräume	<input type="checkbox"/>				
8.6 Gestaltung der Praxisräume (z. B. Empfangs- und Wartebereich, Trinkwasserspender, Zeitschriften)	<input type="checkbox"/>				
8.7 Erscheinungsbild des Praxisteam (z. B. Berufskleidung)	<input type="checkbox"/>				
8.8 Internetauftritt der Praxis (sofern vorhanden)	<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"/>				
9.2 Ich habe eine hohe Meinung von dieser Zahnarztpraxis.	<input type="checkbox"/>				
9.3 Ich habe sehr gute Erfahrungen mit dieser Zahnarztpraxis gemacht.	<input type="checkbox"/>				
9.4 Ich werde mich auf jeden Fall weiter in dieser Zahnarztpraxis behandeln lassen.	<input type="checkbox"/>				

10 Haben Sie sonstige Anmerkungen, Hinweise, Wünsche an unsere Praxis?

Teil B

Chirurgische zahnärztliche Behandlung

11 In unserer Praxis wurde bei Ihnen vor Kurzem eine chirurgische zahnärztliche Behandlung durchgeführt. Welche Behandlung ist erfolgt?

Zahnentfernung (Schneidezähne, Eckzähne, Backenzähne)	<input type="checkbox"/>	Anzahl der entfernten Zähne _____
Weisheitszahn-Entfernung	<input type="checkbox"/>	Anzahl der entfernten Zähne _____

12 Wann ist die Behandlung erfolgt?

Vor etwa	_____ Wochen
----------	--------------

Schmerzen während und nach der Behandlung

13 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
13.1 Ich hatte während der Behandlung erhebliche Schmerzen an Zähnen oder Zahnfleisch (z. B. wegen nachlassender oder nicht wirkender Betäubung).	<input type="checkbox"/>				
13.2 Ich hatte nach der Behandlung länger als 24 Stunden erhebliche Schmerzen infolge des Eingriffs.	<input type="checkbox"/>				
13.3 Während der Behandlung wurden meine Mundwinkel oder Lippen entweder stark eingeklemmt, schmerhaft gedehnt oder sind eingerissen.	<input type="checkbox"/>				
13.4 Ich hatte nach der Behandlung länger als 24 Stunden erhebliche Schmerzen im Nacken.	<input type="checkbox"/>				

Behandlungsfolgen/-bewertung

14 Bitte bewerten Sie:	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Weiß nicht
14.1 Ich bin mit der durchgeführten Behandlung insgesamt zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
14.2 Die Wunde hat nach dem Eingriff (nach Verlassen der Praxis) stark geblutet.	<input type="checkbox"/>				
14.3 Der Wundbereich ist nach dem Eingriff (nach Verlassen der Praxis) stark angeschwollen.	<input type="checkbox"/>				
14.4 Die Wunde hat sich nach dem Eingriff (nach Verlassen der Praxis) entzündet.	<input type="checkbox"/>				
14A: [Falls bei 14.2 bis 14.4 „Trifft voll zu“ oder „Trifft eher zu“ geantwortet wurde] Bitte bewerten Sie	Ja	Nein			
14.2A Ich musste wegen der Blutung nachbehandelt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14.3A Ich musste wegen der starken Schwellung behandelt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
14.4A Ich musste wegen der Entzündung behandelt werden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

14 [Fortsetzung] Bitte bewerten Sie:	Trifft voll zu	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu	Trifft gar nicht zu	Betrifft mich nicht
14.5 Bei Problemen nach dem Eingriff war die Praxis für mich zeitnah erreichbar.	<input type="checkbox"/>				
15 Haben Sie weitere Anmerkungen zu dieser Behandlung?					