



## Patient:innenfragebogen

# Parodontitis-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

### Parodontitis-Behandlung

11 In unserer Praxis wurde bei Ihnen vor Kurzem eine Parodontitis-Behandlung durchgeführt.

Wann wurde diese Behandlung abgeschlossen?

Vor etwa

Wochen

### Schmerzen während und nach der Behandlung

12 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

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

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

12.2 Ich hatte nach der Behandlung länger als 24 Stunden erhebliche Schmerzen infolge der Behandlung.

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

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

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

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

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

### Direkte Behandlungsfolgen/-bewertung

13 Bitte bewerten Sie:

Trifft voll zu    Trifft eher zu    Trifft eher nicht zu    Trifft gar nicht zu    Weiß nicht

13.1 Mein Zahnfleisch hat nach der Behandlung (nach Verlassen der Praxis) stark geblutet.

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

13A: [Falls bei 13.1 „Trifft voll zu“ oder „Trifft eher zu“ geantwortet wurde] Bitte bewerten Sie

Ja    Nein

13.1A Ich musste wegen der Blutung nachbehandelt werden.

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

13 [Fortsetzung] Bitte bewerten Sie:

Trifft voll zu    Trifft eher zu    Trifft eher nicht zu    Trifft gar nicht zu    Betrifft mich nicht

13.2 Bei Problemen nach dem Eingriff war die Praxis für mich zeitnah erreichbar.

|                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

## Behandlungsergebnis zum heutigen Zeitpunkt – 4 bis 8 Wochen nach der Behandlung

| 14 Bitte bewerten Sie Ihr Behandlungsergebnis zum heutigen Zeitpunkt:   | Trifft voll zu           | Trifft eher zu           | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu      | Weiß nicht               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14.1 Meine Zähne sind jetzt wesentlich lockerer als vor der Behandlung.   | <input type="checkbox"/> |
| 14.2 Meine Zähne sind wesentlich empfindlicher gegenüber Kälte und/oder Wärme als vor der Behandlung.   | <input type="checkbox"/> |
| 14.3 Nach der Behandlung ist mein Zahnfleisch zurückgegangen, was das Aussehen meiner Zähne optisch beeinträchtigt.   | <input type="checkbox"/> |
| 14.4 Mir wurde im Rahmen der Behandlung erklärt und gezeigt, wie ich meine Zähne zuhause richtig putze und die Zahnzwischenräume reinige (z. B. mit Zahnseide). | <input type="checkbox"/> |
| 14.5 Mir wurde erklärt, was ich tun kann, damit das Ergebnis der Behandlung dauerhaft bleibt (z. B. Zahnpflege, zahngesunde Ernährung).                         | <input type="checkbox"/> |
| 14.6 Mir wurde erklärt, in welchen Zeitabständen ich einen Nachsorgertermin brauche.  | <input type="checkbox"/> |
| 14.7 Ich bin mit dem Ergebnis der Parodontitis-Behandlung insgesamt zufrieden.  | <input type="checkbox"/> |

15 Haben Sie weitere Anmerkungen zu dieser Behandlung?