



**Patient:innenfragebogen**

**Herausnehmbarer Zahnersatz**

**Online-Befragung**  
**Ansichtsexemplar**

## Allgemeine Angaben

|  |                          |               |                          |                          |                          |                      |                          |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|
| 1 Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an.                           |                          |               |                          |                          |                          |                      |                          |
| Männlich   | <input type="checkbox"/> | Weiblich      | <input type="checkbox"/> | Divers                   | <input type="checkbox"/> | Keine Angabe         | <input type="checkbox"/> |
| 2  |                          |               |                          |                          |                          | Jahre                |                          |
| Bitte geben Sie Ihr Alter an:                                  |                          |               |                          |                          |                          | <input type="text"/> |                          |
| 3 Wie lange sind Sie bereits in dieser Praxis?                 |                          |               |                          |                          |                          |                      |                          |
| Weniger als 1 Jahr   | <input type="checkbox"/> | 1 bis 5 Jahre | <input type="checkbox"/> | Mehr als 5 Jahre         | <input type="checkbox"/> |                      |                          |
| 4  |                          |               |                          | Gesetzlich               | Privat                   |                      |                          |
| Wie sind Sie krankenversichert? (Bitte nur <u>eine</u> Angabe) |                          |               |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |                          |
| 5  |                          |               |                          | Ja                       | Nein                     |                      |                          |
| Haben Sie eine private Zahn-Zusatzversicherung?                |                          |               |                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                      |                          |

## 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

### Zahnprothetische Versorgung (Herausnehmbarer Zahnersatz)

11 In unserer Praxis wurde bei Ihnen vor Kurzem eine zahnprothetische Versorgung vorgenommen.  
Welchen Zahnersatz haben Sie erhalten?

|                             |                          |                              |                          |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Teilprothese(n)             | <input type="checkbox"/> | Teleskopprothese(n)          | <input type="checkbox"/> |
| Totalprothese im Oberkiefer | <input type="checkbox"/> | Totalprothese im Unterkiefer | <input type="checkbox"/> |

12 In welchem Bereich haben Sie den Zahnersatz erhalten?

|  |                          |   |            |                          |             |                          |
|--|--------------------------|---|------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| 12.1 Im Frontzahnbereich (Schneidezähne, Eckzähne) | <input type="checkbox"/> | ➔ | Oberkiefer | <input type="checkbox"/> | Unterkiefer | <input type="checkbox"/> |
| 12.2 Im Seitenzahnbereich (Backenzähne)            | <input type="checkbox"/> | ➔ | Oberkiefer | <input type="checkbox"/> | Unterkiefer | <input type="checkbox"/> |

13 Seit wann haben Sie Ihren neuen Zahnersatz?

|           |              |
|-----------|--------------|
| Seit 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 mindestens einer Behandlung erhebliche Schmerzen an Zähnen oder Zahnfleisch (z. B. wegen nachlassender oder nicht wirkender Betäubung).           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.2 Ich hatte nach mindestens einer Behandlung länger als 24 Stunden erhebliche Schmerzen im Mund.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.3 Während mindestens einer Behandlung wurden meine Mundwinkel oder Lippen entweder stark eingeklemmt, schmerzhaft gedehnt oder sind eingerissen (z. B. beim Abdruck). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14.4 Ich hatte nach mindestens einer Behandlung länger als 24 Stunden erhebliche Schmerzen im Nacken.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Filter: Haben Sie ein Provisorium erhalten?

Ja ☐ Nein ☐ ➔ weiter mit Frage 16

## Ihr Provisorium

| 15 Bitte bewerten Sie Ihre Erfahrung mit dem Provisorium:                   | Trifft voll zu           | Trifft eher zu           | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu      | Weiß nicht               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 15.1 Das Provisorium hat gut gepasst.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.2 Die Farbe für das Provisorium war gut ausgesucht.                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.3 Die Zahnform des Provisoriums war natürlich.                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.4 Ich konnte mit dem Provisorium gut und ohne Schmerzen kauen.           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15.5 Das Provisorium hat gut gehalten (bis zum Einsetzen des Zahnersatzes). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Ihr neuer Zahnersatz

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

| 16 Bitte bewerten Sie:  | Trifft voll zu           | Trifft eher zu           | Trifft eher nicht zu     | Trifft gar nicht zu      | Weiß nicht               |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 16.1 Mein neuer Zahnersatz passt gut.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.2 Mein neuer Zahnersatz sieht schön und natürlich aus.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.3 Die Farbe passt gut zu meinen anderen Zähnen.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.4 Ich kann mit meinem neuen Zahnersatz gut und ohne Schmerzen kauen.                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.5 Ich kann mit meinem neuen Zahnersatz ohne Probleme sprechen.                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.6 Meine herausnehmbare Prothese sitzt sicher und fest (kein Wackeln).                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.7 Ich habe von der Prothese Druckstellen im Mund.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.8 Ich habe Probleme beim Einsetzen und/oder Herausnehmen der Prothese.                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.9 An meinem neuen Zahnersatz bleiben Speisereste hängen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.10 Mein neuer Zahnersatz lässt sich gut reinigen (z. B. mit Zahnbürste, Zahnseide, Prothesenbürste). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.11 Durch den neuen Zahnersatz hat sich der Geschmack in meinem Mund verändert.                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16.12 Ich bin mit dem neuen Zahnersatz insgesamt zufrieden.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17 Haben Sie weitere Anmerkungen zu dieser Behandlung?