



Patient:innenfragebogen

Kombinierter Zahnersatz

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.	☐	☐	☐	☐	☐
6.2	Die Informationen zur geplanten Behandlung waren aus meiner Sicht ausreichend.	☐	☐	☐	☐	☐
6.3	Ich wurde verständlich über den Ablauf meiner Behandlung informiert.	☐	☐	☐	☐	☐
6.4	Alle meine Fragen wurden verständlich beantwortet.	☐	☐	☐	☐	☐
6.5	Ich habe verständliche Informationen über meine Erkrankungen bzw. Beschwerden erhalten (z. B. Ursachen, Folgen).	☐	☐	☐	☐	☐
6.6	Die Informationen über meine Erkrankungen bzw. Beschwerden waren aus meiner Sicht ausreichend.	☐	☐	☐	☐	☐
6.7	Ich wurde auch über andere Behandlungsmöglichkeiten informiert (z. B. Behandlungsalternativen, verschiedene Materialien).	☐	☐	☐	☐	☐
6.8	Ich habe genügend Informationen erhalten, um mich für eine Behandlungsmöglichkeit zu entscheiden.	☐	☐	☐	☐	☐
6.9	An der Entscheidung über meine Behandlung wurde ich wunschgemäß beteiligt.	☐	☐	☐	☐	☐

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.	☐	☐	☐	☐	☐
7.2	Ich wurde verständlich über die Zuzahlung (Eigenanteil) informiert.	☐	☐	☐	☐	☐
7.3	Ich habe die Informationen über die Kosten rechtzeitig vor Beginn der Behandlung erhalten.	☐	☐	☐	☐	☐
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	☐	☐	☐	☐	☐
8.2	Möglichkeit, passende Termine in der Praxis zu bekommen	☐	☐	☐	☐	☐
8.3	Wartezeiten in der Praxis (im Wartezimmer oder im Behandlungszimmer)	☐	☐	☐	☐	☐
8.4	Freundlichkeit des Praxisteams (zahnmedizinisches Personal und Zahnärztin/Zahnarzt)	☐	☐	☐	☐	☐
8.5	Hygiene und Sauberkeit der Praxisräume	☐	☐	☐	☐	☐
8.6	Gestaltung der Praxisräume (z. B. Empfangs- und Wartebereich, Trinkwasserspender, Zeitschriften)	☐	☐	☐	☐	☐
8.7	Erscheinungsbild des Praxisteams (z. B. Berufskleidung)	☐	☐	☐	☐	☐
8.8	Internetauftritt der Praxis (sofern vorhanden)	☐	☐	☐	☐	☐
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.	☐	☐	☐	☐	☐
9.2	Ich habe eine hohe Meinung von dieser Zahnarztpraxis.	☐	☐	☐	☐	☐
9.3	Ich habe sehr gute Erfahrungen mit dieser Zahnarztpraxis gemacht.	☐	☐	☐	☐	☐
9.4	Ich werde mich auf jeden Fall weiter in dieser Zahnarztpraxis behandeln lassen.	☐	☐	☐	☐	☐
10 Haben Sie sonstige Anmerkungen, Hinweise, Wünsche an unsere Praxis?						

Teil B

Zahnprothetische Versorgung (Kombinierter Zahnersatz)

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

Krone(n)	☐	Brücke(n)	☐
Teilprothese(n)	☐	Teleskopprothese(n)	☐
Totalprothese im Oberkiefer	☐	Totalprothese im Unterkiefer	☐

12 In welchem Bereich haben Sie den Zahnersatz erhalten?

12.1 Im Frontzahnbereich (Schneidezähne, Eckzähne)	☐	➡	Oberkiefer	☐	Unterkiefer	☐
12.2 Im Seitenzahnbereich (Backenzähne)	☐	➡	Oberkiefer	☐	Unterkiefer	☐

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).	☐	☐	☐	☐	☐
14.2 Ich hatte nach mindestens einer 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 (z. B. beim Abdruck).	☐	☐	☐	☐	☐
14.4 Ich hatte nach mindestens einer Behandlung länger als 24 Stunden erhebliche Schmerzen im Nacken.	☐	☐	☐	☐	☐

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.	☐	☐	☐	☐	☐
15.2 Die Farbe für das Provisorium war gut ausgesucht.	☐	☐	☐	☐	☐
15.3 Die Zahnform des Provisoriums war natürlich.	☐	☐	☐	☐	☐
15.4 Ich konnte mit dem Provisorium gut und ohne Schmerzen kauen.	☐	☐	☐	☐	☐
15.5 Das Provisorium hat gut gehalten (bis zum Einsetzen des Zahnersatzes)	☐	☐	☐	☐	☐

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.	☐	☐	☐	☐	☐
16.2 Mein Zahnersatz sieht schön und natürlich aus.	☐	☐	☐	☐	☐
16.3 Die Farbe passt gut zu meinen anderen Zähnen.	☐	☐	☐	☐	☐
16.4 Ich kann mit meinem neuen Zahnersatz gut und ohne Schmerzen kauen.	☐	☐	☐	☐	☐
16.5 Ich kann mit meinem neuen Zahnersatz ohne Probleme sprechen.	☐	☐	☐	☐	☐
16.6 Meine herausnehmbare Prothese sitzt sicher und fest (kein Wackeln).	☐	☐	☐	☐	☐
16.7 Ich habe von der herausnehmbaren Prothese Druckstellen im Mund.	☐	☐	☐	☐	☐
16.8 Ich habe Probleme beim Einsetzen und/oder Herausnehmen der Prothese.	☐	☐	☐	☐	☐
16.9 An meinem neuen Zahnersatz bleiben Speisereste hängen.	☐	☐	☐	☐	☐
16.10 Mein neuer Zahnersatz lässt sich gut reinigen (z. B. mit Zahnbürste, Zahnseide, Prothesenbürste).	☐	☐	☐	☐	☐
16.11 Durch den neuen Zahnersatz hat sich der Geschmack in meinem Mund verändert.	☐	☐	☐	☐	☐
16.12 Ich bin mit dem neuen Zahnersatz insgesamt zufrieden.	☐	☐	☐	☐	☐

17 Haben Sie weitere Anmerkungen zu dieser Behandlung?