

10. Patienten- und Mitarbeiterbefragung

Die Einrichtung führt regelmäßig Patientenbefragungen durch und wertet diese aus. Deren Ergebnisse geben der Leitung und den Mitarbeitern eine Rückmeldung über die Patientenzufriedenheit und die Qualität der Versorgung aus Patientenperspektive, sowie gegebenenfalls Anhaltspunkte für Verbesserungsmaßnahmen. Möglichst sollten dafür validierte Patientenbefragungsinstrumente genutzt werden. Entsprechende Fragebögen können z.B. im Wartezimmer ausgelegt werden.

➔ Details dazu finden Sie im Formular „Patienten Fragebogen & Auswertung der Befragung“

Es werden regelmäßig möglichst anonyme Mitarbeiterbefragungen durchgeführt. Zweck der Befragung ist es, Informationen aus der Mitarbeiterperspektive zu ermitteln, um hieraus Veränderungsmaßnahmen – mit dem Ziel der Weiterentwicklung – abzuleiten.

- Häufigkeit: 1-mal jährlich (empfohlen)
- Anonymität gewährleisten
- Ergebnisse werden dem Team rückgemeldet und Maßnahmen abgeleitet

➔ Details dazu finden Sie im Formular „Mitarbeiter Fragebogen & Auswertung der Befragung“

Patienten-Fragebogen (anonym)

Formular muss an Gegebenheiten der Praxis angepasst werden.

Ihre Meinung ist uns wichtig! Bitte nehmen Sie sich kurz Zeit. Der Bogen ist anonym.

Skala: 1 = sehr unzufrieden ... 5 = sehr zufrieden

Termin & Erreichbarkeit

- | | |
|--|--|
| 1. Wie zufrieden waren Sie mit der Terminvergabe? | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 2. Wie bewerten Sie die telefonische Erreichbarkeit? | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 3. Wie bewerten Sie die Wartezeit in der Praxis? | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |

Betreuung & Behandlung

- | | |
|---|--|
| 4. Wie freundlich und hilfsbereit war das Praxisteam? | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 5. Wurden Sie verständlich über die Behandlung aufgeklärt? | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 6. Hatten Sie ausreichend Gelegenheit, Fragen zu stellen? | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 7. Wie bewerten Sie die Behandlung selbst? | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 8. Wie bewerten Sie den Umgang mit Ihren Schmerzen / Ängsten? | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |

Praxis & Hygiene

- | | |
|---|--|
| 9. Wie bewerten Sie Sauberkeit und Hygiene der Praxis? | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 10. Wie bewerten Sie die Atmosphäre in Wartezimmer und Behandlungsraum? | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |

Gesamteindruck

- | | |
|--|--|
| 11. Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit unserer Praxis? | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 12. Würden Sie uns weiterempfehlen? | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |

Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

Was können wir verbessern?

Herzlichen Dank! Ihr Praxisteam

Auswertung Patientenbefragung

Datum	
Teilnehmerzahl	
Anonym durchgeführt	☐ Ja ☐ Nein
Ausgewertet von	

Ergebnisse

Thema	Handlungsbedarf	Maßnahme	Verantwortlich	Termin

Zusammenfassung / Bemerkungen

Ort, Datum: _____

Unterschrift QM-Beauftragter: _____

Mitarbeiter-Fragebogen (anonym)

Formular muss an Gegebenheiten der Praxis angepasst werden.

Bitte ehrlich und anonym ausfüllen. Ihre Angaben helfen uns, die Praxis gemeinsam zu verbessern.

Skala: 1 = trifft gar nicht zu / sehr unzufrieden ... 5 = trifft voll zu / sehr zufrieden

Arbeitsbedingungen & Organisation

- | | |
|---|--|
| 1. Ich bin insgesamt mit meiner Arbeit in der Praxis zufrieden. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 2. Die Arbeitsbelastung ist für mich angemessen. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 3. Dienstpläne und Arbeitszeiten sind fair und planbar. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 4. Ich habe die nötigen Arbeitsmittel und Materialien. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 5. Abläufe und Zuständigkeiten sind klar geregelt. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |

Zusammenarbeit & Führung

- | | |
|---|--|
| 6. Die Zusammenarbeit im Team funktioniert gut. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 7. Ich fühle mich von der Praxisleitung wertgeschätzt. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 8. Probleme und Konflikte werden konstruktiv angesprochen. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 9. Ich werde ausreichend über wichtige Änderungen informiert. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 10. Meine Meinung und Vorschläge werden ernst genommen. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |

Entwicklung & Fortbildung

- | | |
|--|--|
| 11. Ich habe ausreichend Möglichkeiten zur Fortbildung. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 12. Meine Einarbeitung war / ist strukturiert und hilfreich. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 13. Ich kenne die Notfallabläufe und Hygienevorgaben sicher. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |

Arbeitsklima & Gesundheit

- | | |
|---|--|
| 14. Das Arbeitsklima ist freundlich und respektvoll. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 15. Ich fühle mich am Arbeitsplatz sicher (auch vor Übergriffen). | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |
| 16. Die Praxis achtet auf meine Gesundheit und Erholung. | 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ |

Offene Fragen

Was läuft besonders gut in der Praxis?

Was sollte verbessert werden?

Haben Sie konkrete Verbesserungsvorschläge?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Auswertung Mitarbeiterbefragung

Erhebungsdatum	
Teilnehmerzahl	
Anonym durchgeführt	☐ Ja ☐ Nein
Ausgewertet von	

Ergebnisse

Thema	Handlungsbedarf	Maßnahme	Verantwortlich	Termin

Zusammenfassung / Bemerkungen

Ort, Datum: _____

Unterschrift QM-Beauftragter: _____