

## Ihre Meinung ist gefragt

Sehr geehrte Eltern,

Ihre Zufriedenheit mit unseren Praxisleistungen für Sie und Ihr Kind liegt uns am Herzen. Wir möchten gern Ihre Meinung über unsere Praxis erfahren.

Ihre Einschätzungen, Wünsche und Ideen helfen uns, unsere Leistungen und Praxisabläufe zu verbessern. Die Befragung ist freiwillig und anonym. Es können keine Rückschlüsse auf einzelne Personen gezogen werden.

Sofern Sie Fragen haben, sprechen Sie uns bitte an. Besten Dank!

Ihr Praxisteam

**Wenn Sie sich beteiligen, beachten Sie bitte Folgendes:**

- ▶ Beantworten Sie bitte alle Fragen und lassen Sie keine aus.
- ▶ Kreuzen Sie je Frage bitte nur die Antwort an, die für Sie am ehesten zutrifft.
- ▶ Wenn Sie den Fragebogen während des Praxisbesuches ausfüllen, werfen Sie den ausgefüllten Bogen bitte in die bereit gestellte Box.
- ▶ Wenn Sie den Fragebogen zuhause ausfüllen, senden Sie den Bogen bitte auf postalischem Weg an die Praxis zurück.

### Zufriedenheit mit der Praxisorganisation und Ausstattung

					Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
					3	2	1	0
A	<b>1. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> mit...</b>							
A 01	...der Wartezeit auf einen Arzttermin?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 02	...der Wartezeit in der Praxis?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 03	...der Berücksichtigung Ihrer Wünsche bei Terminvereinbarung?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A 04	...der Freundlichkeit des Praxispersonals?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B	<b>2. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> mit...</b>							
B 01	...der Ausstattung des Wartezimmers?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B 02	...den Spiel- und Unterhaltungsmöglichkeiten für Ihr Kind?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Umgang mit Ihrem Kind

					Sehr zufrieden	Eher zufrieden	Eher unzufrieden	Sehr unzufrieden
					3	2	1	0
C	<b>3. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> mit diesem Kinder- und Jugendarzt / dieser Kinder- und Jugendärztin in Bezug...</b>							
C 01	...auf sein / ihr Verständnis für Ihr Kind?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 02	...auf sein / ihr Einfühlungsvermögen in Ihr Kind?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 03	...auf die Zeit, die er / sie Ihrem Kind widmet?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 04	...darauf, dass Ihr Kind ernst genommen wird?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 05	...auf Zuspruch und Unterstützung für Ihr Kind?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C	<b>3. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> mit diesem Kinder- und Jugendarzt / dieser Kinder- und Jugendärztin in Bezug...</b>	<b>Sehr zufrieden</b>	<b>Eher zufrieden</b>	<b>Eher unzufrieden</b>	<b>Sehr unzufrieden</b>
		3	2	1	0
C 06	...auf seine / ihre Geduld mit Ihrem Kind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C 07	...darauf, dass Ihr Kind als Mensch und nicht als Nummer behandelt wird?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D	<b>4. Wie beurteilen Sie die Informationen, die Ihrem Kind von diesem Kinder- und Jugendarzt / dieser Kinder- und Jugendärztin gegeben werden?</b> Die Informationen, die mein Kind erhält, ...	<b>Ja, immer</b>	<b>Ja, meistens</b>	<b>Ja, aber selten</b>	<b>Nein, niemals</b>	<b>Nicht relevant</b>
		4	3	2	1	0
D 01	...entsprechen dem Alter meines Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 02	...entsprechen dem Entwicklungsstand meines Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D 03	...berücksichtigen die Aufnahmefähigkeit und -bereitschaft meines Kindes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E	<b>5. Wie wird Ihr Kind von diesem Kinder- und Jugendarzt / dieser Kinder- und Jugendärztin in Entscheidungen, z. B. zu Untersuchungen oder Behandlungen, einbezogen?</b>					
E 01	Meinem Kind werden unterschiedliche Möglichkeiten erklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 02	Mit meinem Kind wird über Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten gesprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 03	Mein Kind wird danach gefragt, welche Möglichkeiten es bevorzugt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E 04	Mein Kind wird in dem Maß in Entscheidungen eingebunden, wie es dies möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Umgang mit Ihnen</b>						
F	<b>6. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> mit diesem Kinder- und Jugendarzt / dieser Kinder- und Jugendärztin in Bezug auf...</b>	<b>Sehr zufrieden</b>	<b>Eher zufrieden</b>	<b>Eher unzufrieden</b>	<b>Sehr unzufrieden</b>	<b>Nicht relevant</b>
		4	3	2	1	0
F 01	...die Informationen zu der Erkrankung Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F 02	...die Informationen über geplante Behandlungen Ihres Kindes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F 03	...die Informationen über die Wirkung von Medikamenten, die Ihrem Kind verordnet wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F 04	...die Informationen darüber, was Sie selbst und / oder Ihr Kind zur Heilung beitragen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F 05	...die Verständlichkeit der Informationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
F 06	...die Beachtung von Nebenwirkungen von Medikamenten, die Ihrem Kind verordnet wurden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

G	<b>7. Wie werden Sie von diesem Kinder- und Jugendarzt / dieser Kinder- und Jugendärztin in Entscheidungen über Untersuchungen und Behandlungen Ihres Kindes einbezogen?</b>	<b>Ja, immer</b>	<b>Ja, meistens</b>	<b>Ja, aber selten</b>	<b>Nein, niemals</b>
		3	2	1	0
G 01	Mir werden verschiedene Möglichkeiten (z. B. der Untersuchung oder Behandlung meines Kindes) angeboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G 02	Mit mir wird über Vor- und Nachteile der verschiedenen Möglichkeiten diskutiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G 03	Ich werde danach gefragt, welche Möglichkeiten ich für mein Kind bevorzuge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
G 04	Ich werde in dem Maß in Entscheidungen eingebunden, wie ich es möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H	<b>8. Wie zufrieden sind Sie <u>im Allgemeinen</u> mit diesem Kinder- und Jugendarzt / dieser Kinder- und Jugendärztin in Bezug auf die...</b>	<b>Sehr zufrieden</b>	<b>Eher zufrieden</b>	<b>Eher unzufrieden</b>	<b>Sehr unzufrieden</b>
		4	3	2	1
H 01	...Zusammenarbeit mit anderen medizinischen Einrichtungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H 02	...Gründlichkeit und Sorgfalt bei Untersuchungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
H 03	...Bereitschaft, Ihr Kind rechtzeitig zu überweisen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
I	<b>9. Haben Sie Vertrauen zu...</b>	<b>Ja, ich habe großes Vertrauen</b>	<b>Ja, ich habe eher großes Vertrauen</b>	<b>Ich habe eher wenig Vertrauen</b>	<b>Nein, ich habe kein Vertrauen</b>
		4	3	2	1
	...diesem Kinder- und Jugendendarzt / dieser Kinder- und Jugendärztin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J	<b>10. Wie schätzen Sie die Qualität der Behandlung durch...</b>	<b>Sehr hoch</b>	<b>Eher hoch</b>	<b>Eher gering</b>	<b>Sehr gering</b>
		3	2	1	0
	...diesen Kinder- und Jugendarzt / dieser Kinder- und Jugendärztin <u>im Allgemeinen</u> ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
K	<b>11. Wie zufrieden sind Sie mit...</b>	<b>Sehr zufrieden</b>	<b>Eher zufrieden</b>	<b>Eher unzufrieden</b>	<b>Sehr unzufrieden</b>
		3	2	1	0
	...diesem Kinder- und Jugendarzt / dieser Kinder- und Jugendärztin <u>im Allgemeinen</u> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Zusatzfragen</b>		
L	<b>Wie alt ist Ihr Kind?</b>	<b>0 bis 2 Jahre</b> <input type="checkbox"/> 0
		<b>3 bis 6 Jahre</b> <input type="checkbox"/> 1
		<b>7 bis 13 Jahre</b> <input type="checkbox"/> 2
		<b>&gt; 13 Jahre</b> <input type="checkbox"/> 3
M	<b>Wie ist Ihr Kind krankenversichert?</b>	<b>gesetzlich</b> <input type="checkbox"/> g
		<b>privat</b> <input type="checkbox"/> p
N	<b>Wie lange wird Ihr Kind bereits in dieser Praxis behandelt?</b>	<b>Ich war zum ersten Mal mit meinem Kind in dieser Praxis.</b> <input type="checkbox"/> 0
		<b>weniger als 1 Jahr</b> <input type="checkbox"/> 1
		<b>1 bis 2 Jahre</b> <input type="checkbox"/> 2
		<b>3 bis 5 Jahre</b> <input type="checkbox"/> 3
		<b>mehr als 5 Jahre</b> <input type="checkbox"/> 4

**Vielen Dank!**