



*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,*

*diese Befragung wird von der BAGP (BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen) in den Städten Bielefeld, Köln, München und Nürnberg von den örtlichen PatientInnenstellen durchgeführt.*

*Bitte schicken Sie uns den Fragebogen bis **spätestens 19.06.2005** an die unten angegebene Adresse. Sie können den Fragebogen auch über die Internetseite [www.patientenstellen.de/zahn](http://www.patientenstellen.de/zahn) herunterladen oder uns telefonisch Ihre Meinung mitteilen über die unten angegebene Telefonnummer.*

*Bitte beziehen Sie sich bei der Beantwortung der Fragen auf **eine** Behandlung aus den letzten drei Jahren im zahnärztlichen oder kieferorthopädischen Bereich.*

### **Grund und Zeit der Behandlung**

**1. Auf welches Jahr bezieht sich Ihre Erfahrung?** (Bitte nur ein Kreuz)     2003     2004     2005

**2. Warum waren Sie oder Ihr Angehöriger in zahnmedizinischer Behandlung?**

(Mehrfachnennungen möglich)

- |   |                                  |   |
|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Vorsorge         | <input type="checkbox"/> Füllung | <input type="checkbox"/> Prothese         |
| <input type="checkbox"/> Zahnreinigung    | <input type="checkbox"/> Inlays  | <input type="checkbox"/> Implantat        |
| <input type="checkbox"/> Parodontose      | <input type="checkbox"/> Krone   | <input type="checkbox"/> Kieferorthopädie |
| <input type="checkbox"/> Wurzelbehandlung | <input type="checkbox"/> Brücke  | <input type="checkbox"/> sonstiges        |

### **Qualität / Zufriedenheit**

**3. Hat der Arzt /die Ärztin Sie Ihrer Meinung nach gründlich untersucht?**     Ja     Nein

**4. Ist Ihnen das Ergebnis der Untersuchung gut erklärt worden?**     Ja     Nein

**5. Wurden Sie über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten aufgeklärt?**     Ja     Nein

**6. Sind Sie an der Entscheidung über die Behandlung beteiligt worden?**     Ja     Nein

(Bewerten Sie bitte wie bei Schulnoten von 1 bis 6)

**7. Waren Sie mit der Behandlung zufrieden?**     ..     ..     ..     ..     ..     ..

**8. Fühlten Sie sich mit Ihren Anliegen ernstgenommen?**     1     2     3     4     5     6

**9. Wenn Sie Verbesserungsvorschläge haben, können Sie diese hier eintragen:**

.....  
.....

