



Qualitätskontrolle Fragebogen

Liebe(r) Patient(in),

Ihre Meinung ist wichtig für uns!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen offen und spontan.

(1 = sehr gut oder trifft voll zu, bis 5 = mangelhaft oder trifft überhaupt nicht zu)

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Wie war Ihr Eindruck vom fachlichen Können Ihres Therapeuten? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Ist der/die PhysiotherapeutIn auf Ihre Probleme eingegangen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Wurde das von Ihnen erwartete Behandlungsziel erreicht? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Sind Sie mit dem Behandlungsergebnis zufrieden? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Wie beurteilen Sie die Sauberkeit in der Praxis? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Wie beurteilen Sie die Einrichtung in der Praxis? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Wie beurteilen Sie die Organisation? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

8. Wie beurteilen Sie Ihr Beschwerden auf eine Skala von 0 -10 am Beginn der Therapie?

(0 = keine Beschwerden, bis 10 = max. Beschwerden)



9. Wie beurteilen Sie Ihr Beschwerden auf eine Skala von 0 -10 am Ende der Therapie?

(0 = keine Beschwerden, bis 10 = max. Beschwerden)



10. Wurden Sie von mehreren Therapeuten behandelt?: Ja Nein

Wenn ja, wie störend war dieser Wechsel für Sie?

(0 = nicht störend, bis 10 = sehr störend)



- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 11. Wie beurteilen Sie insgesamt die Qualität der Behandlung? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Würden Sie sich auch in Zukunft bei uns behandeln lassen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anregungen: _____

Ihr Feedback hilft uns weiter zu verbessern! Besten Dank!

Bitte retournieren Sie den ausgefüllten Fragebogen per Post oder Mail an: Kreis 2 | Beethovenstrasse 41, 8002 Zürich,
info@therapie-kreis2.ch