

## Rückmeldebogen zur Patientenzufriedenheit

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir möchten Ihre Erfahrungen mit der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung in unserem Praxisnetz verstehen, um unsere Qualität kontinuierlich zu verbessern. Ihre Rückmeldung ist uns sehr wichtig!

Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym und vertraulich behandelt.

### 1. Allgemeine Angaben:

- Ihr Geschlecht:  weiblich  männlich  divers
- Ihr Alter: \_\_\_\_\_ Jahre
- Art der Therapie:  Einzeltherapie  Gruppentherapie  Paartherapie  Familientherapie
- Dauer der Therapie: \_\_\_\_\_ Wochen/Monate
- Wie sind Sie auf unser Praxisnetz aufmerksam geworden?

---

---

### 2. Behandlungsqualität:

Bitte bewerten Sie die folgenden Aspekte auf einer Skala von 1 (sehr schlecht) bis 5 (sehr gut):

Fachliche Kompetenz Ihrer Therapeutin / Ihres Therapeuten:  1  2  3  4  5

Wirksamkeit der Therapie:  1  2  3  4  5

Behandlung der Symptomatik:  1  2  3  4  5

Unterstützung bei der Bewältigung Ihrer Probleme:  1  2  3  4  5

Fortschritt der Therapie:  1  2  3  4  5

### 3. Therapieerfolg:

- Inwieweit haben sich Ihre Beschwerden durch die Therapie verbessert?
  - deutlich verbessert
  - leicht verbessert
  - unverändert
  - verschlechtert
- Haben Sie Ihre persönlichen Therapieziele erreicht?
  - ja, vollständig
  - ja, teilweise
  - nein

### 4. Wartezeit:

- Wie empfanden Sie die Wartezeit auf einen Therapieplatz?
  - sehr kurz
  - kurz
  - angemessen
  - lang
  - sehr lang
- Wie beurteilen Sie die Wartezeit auf einen Termin?
  - sehr kurz
  - kurz
  - angemessen
  - lang
  - sehr lang

### 5. Therapiebeziehung:

- Wie zufrieden waren Sie mit der Beziehung zu Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten?

sehr unzufrieden

unzufrieden

neutral

zufrieden

sehr zufrieden

- Fühlten Sie sich von Ihrer Therapeutin/Ihrem Therapeuten verstanden?

ja, immer

ja, meistens

manchmal

selten

nie

## 6. Formaler Ablauf:

- Wie beurteilen Sie die Organisation der Praxis?

sehr schlecht

schlecht

neutral

gut

sehr gut

- Wie zufrieden waren Sie mit der Erreichbarkeit der Praxis?

sehr unzufrieden

unzufrieden

neutral

zufrieden

sehr zufrieden

## 7. Aufklärung:

- Fühlten Sie sich ausreichend über die Therapie aufgeklärt?
  - ja, sehr gut
  - ja, gut
  - ausreichend
  - unzureichend
  - gar nicht
  
- Wurden Ihre Fragen zur Therapie ausreichend beantwortet?
  - ja, immer
  - ja, meistens
  - manchmal
  - selten
  - nie

## 8. Sonstiges:

Was hat Ihnen besonders gut an der Therapie gefallen?

---

---

---

Was könnte verbessert werden?

---

---

---

Haben Sie weitere Anmerkungen oder Vorschläge?

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Teilnahme!