

WAS IST IHRE MEINUNG ÜBER IHRE KINDERÄRZTIN, IHREN KINDERARZT UND SEINE / IHRE PRAXIS?

Bitte kreuzen Sie bei jeder Frage ein Kästchen zwischen 1 (=schlecht) und 5 (= ausgezeichnet) an.
Falls eine Aussage auf Sie nicht zutrifft, kreuzen Sie bitte das Kästchen „nicht zutreffend/nicht von Bedeutung“ an.

Ihre Antworten bleiben auf jeden Fall anonym.

Teil A: Allgemeiner Teil für Eltern und Jugendliche

(Bitte so ankreuzen: ☒ - nur ein Kreuz pro Frage)

S1

☐ Ich bin Elternteil/Begleitperson

☐ Ich bin Jugendliche/Jugendlicher

WIE HAT IHR/E KINDER- UND JUGENDARZT/-ÄRZTIN BEZOGEN AUF DIE VERGANGENEN 12 MONATE:		schlecht					ausge- zeichnet	Nicht zutref- fend/ nicht von Be- deutung
		1	2	3	4	5		
1	... während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, dass er/sie Zeit für Sie/Dich hat?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
2	... Interesse an der persönlichen Situation Ihres Kindes bzw. an Deiner persönlichen Situation gezeigt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
3	... es Ihnen/dir leicht gemacht, über die Probleme Ihres Kindes bzw. Deine Probleme zu sprechen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4	... Sie/Dich in Entscheidungen über die medizinische Behandlung einbezogen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
5	... Ihnen bzw. Dir zugehört?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7	... Ihnen die Beschwerden Ihres Kindes bzw. Deine Beschwerden schnell lindern können?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
9	... sich gründlich mit den Problemen Ihres Kindes bzw. mit Deinen Problemen befasst?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
10	... Ihr Kind bzw. Dich körperlich untersucht?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
11	... Ihrem Kinde bzw. Dir Angebote zur Krankheitsvorbeugung gemacht? Z.B. Impfungen, Gesundheitskontrollen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
12	... Ihrem Kind bzw. Dir den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
13	... über das informiert, was Sie/Du über die Beschwerden bzw. Erkrankung wissen wollten/wolltest?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
14	... Ihnen / Dir beim Umgang mit Gefühlen im Zusammenhang mit dem Gesundheitszustand geholfen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
15	... Ihrem Kind / Dir erläutert, warum es wichtig ist, seine/ihre Ratschläge zu befolgen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P1	... Ihnen/Dir Vor- und Nachteile unterschiedlicher Behandlungsmöglichkeiten erklärt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P2	... Ihnen/Dir die Wirkung und – möglichen – Nebenwirkungen der von ihm/ihr verordneten Medikamente erklärt?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P3	... erklärt, was Sie/Du selbst zur Heilung/Besserung der Beschwerden beitragen können?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
16	... sich an frühere Gespräche und Behandlungen erinnert?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
17	... Sie/Dich ggf. darauf vorbereitet, was Ihr Kind/Dich beim Spezialarzt oder im Spital erwartet?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
WIE WAR(EN) IN DEN VERGANGENEN 12 MONATEN:								
18	... die Hilfsbereitschaft der andern PraxismitarbeiterInnen (ausser dem Arzt bzw. der Ärztin)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
19	... das Angebot der Praxis an passenden Terminen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐



WIE WAR(EN) IN DEN VERGANGENEN 12 MONATEN:		schlecht					ausgezeichnet	Nicht zutreffend/ nicht von Bedeutung
		1	2	3	4	5		
20	... die telefonische Erreichbarkeit der Praxis?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
21	... die Möglichkeit, den Arzt/die Ärztin selbst am Telefon zu sprechen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
22	... die Wartezeiten in der Praxis?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
23	... die Möglichkeiten zu schneller Hilfe bei dringenden Gesundheitsproblemen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P4	... die Zusammenarbeit zwischen dem Arzt/der Ärztin und seinen/ihren Mitarbeiter/innen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
6	... auf den vertraulichen Umgang mit Patienteninformationen geachtet worden?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P5	... Sauberkeit und Zustand der Praxis?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P6	... informiert worden, an wen man sich wenden kann, wenn die Praxis geschlossen ist (Wochenende, Urlaub)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P7	... die Möglichkeit in der Praxis von dem Arzt/der Ärztin behandelt und beraten zu werden, den Sie/Du selbst bevorzugst? (Nur für Gemeinschaftspraxen)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Teil B: Spezielle Fragen nur für Eltern bzw. Begleitpersonen von Kindern

WIE HAT DIESE/R KINDER- UND JUGENDARZT/ÄRZTIN BEZOGEN AUF DIE VERGANGENEN 12 MONATE...:		schlecht					ausgezeichnet	Nicht zutreffend/ nicht von Bedeutung
		1	2	3	4	5		
P8	... - sofern möglich – Ihr Kind in das Gespräch einbezogen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P9	... gegebenenfalls mit den Ängsten Ihres Kindes umgegangen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P10	... einen kindgerechten Sinn für Humor?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P11	... Sie zum Thema Impfungen beraten?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P12	Wie beurteilen Sie die Kinderfreundlichkeit der anderen Praxismitarbeiter/innen (ausser dem Arzt/der Ärztin)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P13	Wie beurteilen Sie die Praxiseinrichtung (kindgerecht)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P14	Wie beurteilen Sie das Angebot an Spielsachen im Wartezimmer?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P15	Wie beurteilen Sie die Praxiseinrichtung (säuglingsgerecht)?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Teil C: Spezielle Fragen nur für Jugendliche

WIE HAT DIESE/R KINDER- UND JUGENDARZT/ÄRZTIN BEZOGEN AUF DIE VERGANGENEN 12 MONATE...:		schlecht					ausgezeichnet	Nicht zutreffend/ nicht von Bedeutung
		1	2	3	4	5		
P16	... das Angebot an Zeitschriften im Wartezimmer?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P17	... Dein Gefühl bezüglich respektvoller Behandlung bei Gesprächen als auch bei körperlichen Untersuchungen?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P18	... das Verständnis für Deine Probleme als Jugendliche/r?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
P19	... der Umgang mit Deinen Ängsten?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
8	... Dir geholfen, damit Du dich gut genug fühltest, um Deinen normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Teil D: Gesamtzufriedenheit und allgemeine Angaben für Eltern und Jugendliche

		stimme ganz und gar nicht zu		stimme voll und ganz zu		Nicht zutref- fend/nic ht von Bedeu- tung
		1	2	3	4	5
26	... Ich kann meinen Freunden diese/n Kinder- und Jugendarzt/-ärztin sehr empfehlen	☐	☐	☐	☐	☐
27	... Ich habe keinen Grund, einen Wechsel zu einem anderen Kinder- und Jugendarzt in Betracht zu ziehen	☐	☐	☐	☐	☐

Angaben zum Kind oder Jugendlichen (bei mehreren Kindern: Angaben zum Kind mit den meisten Arztbesuchen)

D1 Geschlecht ☐ männlich
☐ weiblich

D2 Alter Jahre

D3 Muttersprache ☐ Deutsch
☐ Französisch
☐ Englisch
☐ Italienisch
☐ Romanisch
☐ Portugiesisch
☐ Türkisch
☐ Slawisch
☐ Spanisch
☐ Andere

D4 Im Allgemeinen würde ich den Gesundheitszustand meines Kindes bzw. meinen Gesundheitszustand bezeichnen als...

☐ ausgezeichnet
☐ sehr gut
☐ gut
☐ mässig
☐ schlecht

D5 Wie viele Tage war Ihr Kind/ warst Du / in den letzten 12 Monaten im Spital? Tage
(Falls keine: Bitte 0 eintragen)

D6 Hat Ihr Kind/Hast Du eine ernste Erkrankung, die schon länger als 3 Monate andauert? ☐ Ja
☐ Nein

D7 Wie oft hatten Sie/hattest Du in den vergangenen 12 Monaten Kontakt zu diesem/-r Kinder- und Jugendarzt/-ärztin, in der Praxis oder bei Hausbesuchen? Mal
(Bitte heutigen/letzten Besuch mitzählen)

D8 Als Ihr Kind/als Du das letzte Mal akut krank war/warst, wie schnell konnten Sie/konntest Du einen Termin in der Praxis bekommen? ☐ am selben Tag
☐ am nächsten Tag
☐ innerhalb von 2 bis 5 Tagen
☐ nach 6 Tagen oder später

D9 Wie lange ist Ihrer/Deiner Erfahrung nach die durchschnittliche Wartezeit in dieser Kinderarztpraxis (gemeint ist der Zeitraum zwischen geplantem Termin und Beginn der Behandlung) ☐ weniger als 30 Min.
☐ 30 Min bis 1h
☐ 1h bis 2h
☐ mehr als 2h

Vielen Dank für das Ausfüllen dieses Fragebogens!

Praxis Nr. Arzt Nr.

Fragebogen Nr. /