



Fachfragebogen
zur Qualitätssicherung
in der Arztpraxis / Zahnarztpraxis

Fachrichtung

Zahnmedizin

Projekt Qualitätssicherung
Deutscher Arbeitskreis
für Zahnheilkunde (DAZ) e.V.

Kaiserstr. 52, 53840 Troisdorf
Tel. 02241/9722876, Fax 02241/9722879
kontakt@daz-web.de, www.daz-web.de

Wissenschaftliche Begleitung:
Institut für Soziologie
Technische Universität Dresden
Helmholtzstr. 10, 01069 Dresden

A. Im Folgenden bitten wir Sie um einige persönliche Einschätzungen zur Untersuchung und Behandlungsplanung durch Ihren Zahnarzt/ Ihre Zahnärztin im Allgemeinen, nicht nur auf Ihren letzten Zahnarztbesuch bezogen.

Die Antworten reichen von 1 = "stimme voll und ganz zu" bis 5 = "stimme ganz und gar nicht zu". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstufen.

Wie sehen Sie das?	stimme voll und ganz zu					stimme ganz und gar nicht zu
	1	2	3	4	5	
1. Die zahnärztlichen Untersuchungen werden stets gründlich durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Die Untersuchungsergebnisse werden umfassend besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Fragen zur Behandlung werden durch meinen Zahnarzt/ meine Zahnärztin stets bereitwillig und verständlich beantwortet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Die in der Praxis angebotenen zahnärztlichen Informationsmaterialien sind sehr informativ und hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Worüber möchten Sie gegebenenfalls umfassender informiert werden? <i>Kreuzen Sie bitte Betreffendes an. Sie können auch mehrere Themen nennen.</i>						
a) Karies - Entstehung und Vorbeugung.....						<input type="checkbox"/>
b) Erkrankungen des Zahnbettes - Entstehung und Vorbeugung.....						<input type="checkbox"/>
c) Prophylaxe.....						<input type="checkbox"/>
d) Füllungstechniken (z.B. dauerhafte Alternativen zu Amalgamfüllungen).....						<input type="checkbox"/>
e) Zahnersatz.....						<input type="checkbox"/>
f) Implantate (künstliche Zahnwurzeln).....						<input type="checkbox"/>
g) Ästhetische Verbesserungen/ Verschönerungen.....						<input type="checkbox"/>
h) Behandlungskosten.....						<input type="checkbox"/>
i) Andere Themen, und zwar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Wie sehen Sie das?	stimme voll und ganz zu					stimme ganz und gar nicht zu	weiß nicht
	1	2	3	4	5		
6. Bei der Planung der Behandlung werden meine Erwartungen als Patient/ Patientin stets berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Mein Zahnarzt/ meine Zahnärztin erarbeitet klare Behandlungsziele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Der voraussichtliche Ablauf einer geplanten Behandlung wird mit mir ausreichend besprochen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Mein Zahnarzt/ meine Zahnärztin erläutert Kostenvorschläge für Behandlungen verständlich und umfassend.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Meine Vorstellungen beispielsweise zu Haltbarkeit, Qualität, Komfort, Ästhetik und Preis werden stets berücksichtigt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich habe manchmal den Eindruck, dass mich mein Zahnarzt/ meine Zahnärztin in erster Linie zum eigenen wirtschaftlichen Vorteil berät und behandelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Es kann manchmal der Eindruck entstehen, dass man gegen seinen Willen zu einer Behandlung überredet wird. Wie oft ist Ihnen das passiert?

oft	manchmal	selten	nie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Wie zufrieden sind Sie mit den Behandlungen, die durch die ZahnarzhelferInnen in der Praxis Ihres Zahnarztes/ Ihrer Zahnärztin durchgeführt werden? Die Antworten reichen von 1 = "voll und ganz zufrieden" bis 5 = "ganz und gar nicht zufrieden". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstimmen.

voll und ganz zufrieden					ganz und gar nicht zufrieden	weiß nicht
1	2	3	4	5		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Wenn Ihnen Mängel bei diesen Tätigkeiten aufgefallen sind, um was handelte es sich dabei? Sollten Ihnen keine Mängel aufgefallen sein, fahren Sie bitte mit der nächsten Frage fort.


.....

.....

.....

B. Im Folgenden bitten wir Sie um Ihre Beurteilungen des Behandlungsablaufs und der Behandlungsergebnisse Ihres Zahnarztes/ Ihrer Zahnärztin im Allgemeinen, nicht nur auf Ihren letzten Zahnarztbesuch bezogen.

Die Antworten reichen von 1 = "stimme voll und ganz zu" bis 5 = "stimme ganz und gar nicht zu". Mit den Zahlen dazwischen können Sie Ihre Antwort abstimmen.

 Sollten Sie eine der folgenden Behandlungen noch nicht erhalten haben, lassen Sie die Fragen bitte aus!

Wie sehen Sie das?	stimme voll und ganz zu					stimme ganz und gar nicht zu	weiß nicht
	1	2	3	4	5		
PROPHYLAXE							
15. Über wirksame Methoden der Mundhygiene wird ausführlich, verständlich und mit praktischen Übungen aufgeklärt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Über Pflegemittel für Zahnzwischenräume werde ich ausführlich informiert und in deren Anwendung eingewiesen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FÜLLUNGEN, WURZELFÜLLUNGEN, ZAHNERSATZ							
17. Über mögliche Alternativen klärt mein Zahnarzt/ meine Zahnärztin umfassend auf.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mein Zahnarzt/ meine Zahnärztin ist stets um eine schonende und schmerzarme Behandlung bemüht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Beschwerden nach der Behandlung (z.B. Störungen beim Zubeißen) sind selten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Zahnersatz oder Füllungen passen sich den übrigen Zähnen harmonisch an.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Die Haltbarkeit von Füllungen und Zahnersatz überschreitet in der Regel deutlich einen Zeitraum von zwei Jahren.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie sehen Sie das?	stimme voll und ganz zu					stimme ganz und gar nicht zu	weiß nicht
	1	2	3	4	5		
PARODONTALBEHANDLUNG (ZAHNBETTERKRANKUNGEN)							
22. Mein Zahnarzt/ meine Zahnärztin bemüht sich bei Parodontosebehandlungen um einen schonenden und schmerzarmen Eingriff.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Beschwerden nach der Behandlung fallen stets gering aus.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Der Behandlungserfolg (Entzündungsarmut) wird durch Blutungstests und Taschentiefmessungen überprüft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHIRURGISCHE BEHANDLUNG							
25. Die Aufklärung über Sinn und Risiken des chirurgischen Vorgehens findet ausführlich und verständlich statt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Mein Zahnarzt/ meine Zahnärztin ist stets um eine schonende und schmerzarme chirurgische Behandlung bemüht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Bei Nachbeschwerden werde ich ausreichend betreut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Sind Ihre Kinder in der Praxis Ihres Zahnarztes/ Ihrer Zahnärztin in Behandlung?

Wenn Sie keine Kinder haben, lassen Sie die nächsten Fragen bitte aus.

ja ➔ weiter mit Frage 30.

nein ➔ Vielen Dank. Sie haben alle Fragen beantwortet.

Wie sehen Sie das?	stimme voll und ganz zu					stimme ganz und gar nicht zu	weiß nicht
	1	2	3	4	5		
KINDERBEHANDLUNG							
30. Kinder sind in der Praxis meines Zahnarztes/ meiner Zahnärztin stets willkommen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Die Behandlung meines Kindes/ meiner Kinder erfolgt kindgerecht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Für mein Kind/ meine Kinder werden Vorbeugemaßnahmen angeboten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Über meine eigenen Aufgaben und Möglichkeiten zur Gesunderhaltung der Kinderzähne werde ich informiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Bei den Untersuchungen wird auf mögliche Fehlstellungen der Zähne geachtet und ggf. diesbezüglich beraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Damit haben Sie alle Fragen beantwortet. **Vielen Dank**, dass Sie sich die Zeit genommen haben, den Fragebogen zu bearbeiten. Wir schätzen Ihre Unterstützung beim Zusammentragen der für diese Studie wichtigen Informationen sehr.

Praxis-ID

--	--	--	--