

Zum 1. Januar 2015 wurde der Ärztliche Bereitschaftsdienst (ÄBD) in Hessen neu strukturiert. Seitdem werden die unter der bundesweiten Rufnummer 116 117 eingehenden Anrufe von zwei Zentralstellen in Frankfurt und Kassel entgegengenommen. Wir – der Sozialverband VdK Hessen-Thüringen – möchten gerne wissen, ob das neue Verfahren funktioniert. Hierzu bitten wir Sie um Ihre Mitarbeit: Wenn Sie den ÄBD genutzt haben, senden Sie diesen Fragebogen bitte ausgefüllt an uns zurück. Vielen Dank!

Kontakt: **Sozialverband VdK Hessen-Thüringen e. V.**
Gärtnerweg 3, 60322 Frankfurt
Fax: 069 71400224
E-Mail: hessen-thueringen@vdk.de

1. Bitte beschreiben Sie den Grund Ihres Anrufs beim ÄBD. Bitte führen Sie alle Details an, an die Sie sich erinnern können.

Datum: _____

Uhrzeit: _____

Grund des Anrufs:

2. Wie bewerten Sie die telefonische Erreichbarkeit des ÄBD?

2.1 War Ihnen die zentrale Rufnummer 116 117 geläufig? ja nein

2.2 Falls nein: Wie haben Sie die Telefonnummer ausfindig gemacht?

Telefonbuch Zeitung Internet _____

2.3 Zu Beginn des Telefonats erfolgt eine Bandansage mit Datenabfrage.

Wie zufrieden waren Sie mit dieser Ansage?

Die Ansage war zu lang. Die Ansage war zu kompliziert. Die Ansage war leicht verständlich.
 Mit meinem Telefon konnte ich die Anweisungen nicht ausführen.

2.4 Wie lange dauerte es, bis Sie mit einem Mitarbeiter verbunden wurden? ca. _____ Minuten

3. Wie bewerten Sie die telefonische Beratung?

Bitte benutzen Sie hierfür die Skala von 1 = Trifft voll und ganz zu bis 6 = Trifft überhaupt nicht zu

	1	2	3	4	5	6
Der Mitarbeiter war freundlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Mitarbeiter war kompetent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Mitarbeiter nahm sich Zeit für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Mitarbeiter nahm meine gesundheitlichen Probleme ernst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Mitarbeiter schätzte den Behandlungsbedarf falsch ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Mitarbeiter konnte mir zu meiner vollen Zufriedenheit helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Mit welchem Ergebnis endete die telefonische Beratung?

Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich.

- Mir wurden Kontaktdaten von Ärzten genannt
- Mir konnte kein behandlungsbereiter Arzt genannt werden
- Für mich wurde ein Arzt-Hausbesuch organisiert
- Ich wurde an ein Krankenhaus verwiesen
- Mir wurde geraten, am nächsten Werktag zu meinem Hausarzt zu gehen
- Ich wurde informiert, welche Unterlagen ich zum Arzt mitnehmen muss (z. B. Versichertenkarte)
- _____

5. Wenn Sie bei einem Bereitschaftsarzt waren: Wie zufrieden waren Sie mit der Erreichbarkeit und der Wartezeit in der Arztpraxis? Zutreffendes bitte ankreuzen

5.1 Anfahrt

- Ich bin selbst zum Bereitschaftsarzt gefahren
 - Der Anfahrtsweg dauerte länger als 30 Minuten
 - Der einfache Weg betrug mehr als 10 Kilometer 20 Kilometer 30 Kilometer
- Ich konnte öffentliche Verkehrsmittel nutzen
- Ich musste mich fahren lassen
- _____

5.2 Wartezeit

- Ich wurde direkt behandelt
- Ich musste warten. Die Wartezeit betrug mehr als 30 Minuten 60 Minuten 90 Minuten

6. Wie zufrieden waren Sie mit dem Arzt und der medizinischen Behandlung? Bitte benutzen Sie hierfür die Skala von 1 = Trifft voll und ganz zu bis 6 = Trifft überhaupt nicht zu.

	1	2	3	4	5	6
Der Arzt war freundlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt wirkte auf mich kompetent und vertrauenswürdig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt nahm sich Zeit für mich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt nahm meine gesundheitlichen Beschwerden ernst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt schätzte den Behandlungsbedarf falsch ein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Arzt konnte mir zu meiner vollen Zufriedenheit helfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weitere Anmerkungen zur medizinischen Behandlung:

7. Kontaktdaten und Einverständniserklärung

Bitte teilen Sie uns mit, wie wir Sie bei Fragen erreichen können (freiwillige Angabe)

Name

Vorname

Straße/Hausnummer

PLZ/Ort

Telefon

E-Mail

Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialverband VdK Hessen-Thüringen den Fragebogen mit meinen Angaben einschließlich meiner Kontaktdaten an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen weitergibt.

Ja

Nein

Ort/Datum

Unterschrift

8. Fragen zur Statistik (freiwillige Angaben)

weiblich männlich

Ihr Alter _____

Sind Sie Mitglied im Sozialverband VdK? Ja nein