

# Praxisfragebogen



Adresse:	Termin:
Sprechzeiten:	
Mo	Do
Di	Fr
Mi	

↓ Kreuzen Sie hier an, was Ihnen wichtig ist  
 ↓ Kreuzen Sie hier an, welche Kriterien der Arzt/die Ärztin erfüllt.

		Behandlungsschwerpunkte (z. B. Herzerkrankungen) und Zusatzqualifikationen des Arztes (z. B. Homöopathie, Naturheilkunde):	
		Bes. Praxisausstattung (z. B. Ultraschallgerät beim Kinderarzt):	
		Der Arzt macht Hausbesuche.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Kassenzulassung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Sprechstunde für Berufstätige am Abend oder Samstag:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Telefonsprechstunde wird angeboten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Arzt am Wochenende in Notfällen erreichbar:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Parkplätze in der Nähe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Für Behinderte erreichbar und entsprechend eingerichtet:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		Der Arzt arbeitet zusammen mit	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• einer Klinik (wenn ja, mit welcher):</li> <li>• anderen Fachärzten (wenn ja, mit welchen):</li> <li>• einem (Kinder)Krankenpflegedienst (wenn ja, mit welchem):</li> <li>• einer Hebamme (wenn ja, mit welcher):</li> <li>• einem Logopäden:</li> </ul>	