



DGÄPC

Deutsche Gesellschaft für
Ästhetisch-Plastische Chirurgie

**PATIENTEN-
BEFRAGUNG 2015**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Danke, dass Sie sich für ein Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie (DGÄPC) entschieden haben. Die DGÄPC führt jährlich eine anonyme Patientenbefragung durch und ich freue mich, wenn Sie sich ein paar Minuten dafür Zeit nehmen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Sven von Saldern, Präsident der DGÄPC

1. **Alter** Ich bin ____ Jahre alt.

2. **Geschlecht** weiblich männlich

3. **Familienstand** single/alleinstehend liiert/verheiratet

4. **Aufgrund welcher Behandlung sind Sie heute hier?**

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Hals-/Stirn-/Face-Lifting | <input type="radio"/> Botulinumbehandlung | <input type="radio"/> Bruststraffung |
| <input type="radio"/> Lidstraffung | <input type="radio"/> Narbenbehandlung | <input type="radio"/> Schweißdrüsenbehandlung |
| <input type="radio"/> Ohrenkorrektur | <input type="radio"/> non-invasive Behandlung
(z. B. Peeling, Laser) | <input type="radio"/> Bauchdeckenstraffung |
| <input type="radio"/> Nasenkorrektur | <input type="radio"/> Brustvergrößerung (Implantat) | <input type="radio"/> Fettabsaugung |
| <input type="radio"/> Lippenkorrektur | <input type="radio"/> Brustvergrößerung (Eigenfett) | <input type="radio"/> Oberarmstraffung |
| <input type="radio"/> Faltenunterspritzung (Filler) | <input type="radio"/> Brustverkleinerung | <input type="radio"/> Oberschenkelstraffung |
| <input type="radio"/> Faltenunterspritzung (Eigenfett) | | <input type="radio"/> Intimkorrektur |
| <input type="radio"/> Sonstiges, und zwar: _____ | | |

5. **In welchem Monat wurde/wird die Behandlung vorgenommen?**

- Jan Feb Mär Apr Mai Jun Jul Aug Sep Okt Nov Dez

6. **Was erhoffen Sie sich von dieser Behandlung?**

7. **Haben Sie bezüglich dieser Behandlung die Meinung mehrerer Ärzte eingeholt?**

- Ja, und zwar ____ (bitte Zahl der Ärzte nennen) Nein

8. **Wie sind Sie auf Ihren Chirurgen/Ihre Chirurgin aufmerksam geworden?**

- | | | |
|---|---|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Empfehlung | <input type="radio"/> Presse | <input type="radio"/> www.dgaepc.de |
| <input type="radio"/> DGÄPC-Geschäftsstelle | <input type="radio"/> Arztbewertungsportale | <input type="radio"/> Sonstiges |

9. **Käme unter Umständen eine ästhetische Behandlung außerhalb von Deutschland für Sie in Frage?**

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Ja, bei einem günstigen Preis | <input type="radio"/> Ja, bei einem qualifizierten Arzt |
| <input type="radio"/> Nein, auf keinen Fall | <input type="radio"/> Ich weiß nicht |

10. **Haben Sie sich über mögliche Komplikationen im Zusammenhang mit der geplanten ästhetischen Behandlung informiert?**

- Ja Nein

11. **Für wie wichtig halten Sie es, dass Ihr Arzt für die Nachsorge erreichbar ist?**

- 6 5 4 3 2 1 (6 = sehr wichtig, 1 = gar nicht wichtig)

12. **Wie wichtig ist es Ihnen, genaue Informationen über eventuell verwendete Medizinprodukte (zum Beispiel Brustimplantate oder Filler) zu erhalten?**

- 6 5 4 3 2 1 (6 = sehr wichtig, 1 = nicht wichtig)

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

www.dgaepc.de