

Patientenfragebogen

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,
wir bedanken uns sehr herzlich, dass Sie sich kurz Zeit für unseren Fragebogen nehmen.

1. Wie haben Sie die Nutzung von Noona® erlebt?

2. Wie häufig haben Sie Noona® in den vergangenen Monaten genutzt?

- Täglich Mehrmals wöchentlich
 Wöchentlich 1-3x/Monat Seltener

3. Wie viel Zeit benötigten Sie für die Bearbeitung eines Fragebogens im Durchschnitt? War der Zeitaufwand angemessen?

- Ca. _____ Minuten Angemessener Zeitaufwand Zeitaufwand zu hoch

4. Brauchten Sie Hilfe bei der Nutzung von Noona®?

- Ja Nein

5. Wie zufrieden waren Sie mit der Handhabung von Noona®?

- Sehr zufrieden Zufrieden Weniger zufrieden Unzufrieden

6. Wie häufig bei der Anwendung technische Probleme aufgetreten?

- Häufig (mehr als 1x pro Monat)
- Selten (weniger als 1x pro Monat)
- Nie

7. War die Anzahl der Fragen angemessen?

- Ja
- Zu viele
- Zu wenige

8. Sind die Nachrichten, die Sie von Noona® auf Ihre Symptomberichte bekommen, hilfreich?

- Ja
- Nein

9. Haben Sie aufgrund eines Symptomberichtes eine Rückmeldung aus dem MVZ bekommen? (z.B. eine Textnachricht oder einen Anruf?)

- Ja, Textnachricht über Noona
- Ja, Telefonanruf
- Nein

10. Wenn ja: Empfanden Sie dies als hilfreich?

- Ja
- Nein

11. Würden Sie Noona® weiterempfehlen?

Ja

Grund/Gründe:

Nein

Grund/Gründe:

12. Haben Sie das Gefühl, dass Noona® einen positiven Einfluss auf Ihre Behandlung hat?

Ja Nein

13. Haben Sie den Eindruck, dass Ihre Beschwerden mehr Gehör finden?

Ja Nein

14. Nutzen Sie noch weitere Gesundheits-Apps?

Ja, und zwar _____ Nein

15. Wie häufig nutzen normalerweise Sie ihr Smartphone?

Mehrmals Täglich Täglich Mehrmals wöchentlich
 Wöchentlich Seltener

16. Welchen Beruf haben Sie gelernt?

17. Haben Sie weitere Anmerkungen?
