

Fragebogen für Ärzt*innen – Baseline (relevanter Ausschnitt)

Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis	
Geschlecht: ☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers	Alter: ____ Jahre
Bundesland: ☐ Berlin ☐ Brandenburg ☐ Thüringen ☐ Anderes	Praxisregion: ☐ eher ländlich ☐ eher städtisch
Tätigkeitsart: ☐ selbständig ☐ angestellt	Tätigkeitsumfang: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit
Praxisart: ☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis / BAG ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft	Anzahl Patient*innen pro Quartal pro Sitz: IV. Quartal 21 _____ IV. Quartal 20 _____ IV. Quartal 19 _____
Was hat Sie als Hausarzt*in während der Pandemie am meisten belastet? Bitte ergänzen Sie!	

Fragebogen für MFA – Baseline (relevanter Ausschnitt)

Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis	
Geschlecht: ☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers	Alter: ____ Jahre
Bundesland: ☐ Berlin ☐ Brandenburg ☐ Thüringen ☐ Anderes	Praxisregion: ☐ eher ländlich ☐ eher städtisch
Praxisart: ☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis / BAG ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft	Tätigkeitsumfang: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit
Was hat Sie als MFA während der Pandemie am meisten belastet? Bitte ergänzen Sie!	

Fragebogen für Ärzt*innen – Follow-UP (relevanter Ausschnitt)

Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis	
Geschlecht: ☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers	Alter: ____ Jahre
Bundesland: ☐ Berlin ☐ Brandenburg ☐ Thüringen ☐ Anderes	Praxisregion: ☐ eher ländlich ☐ eher städtisch
Tätigkeitsart: ☐ selbständig ☐ angestellt	Tätigkeitsumfang: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit
Praxisart: ☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis / BAG ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft	Anzahl Patient*innen pro Quartal pro Sitz: IV. Quartal 22 _____ IV. Quartal 21 _____ IV. Quartal 20 _____
Die MFA meiner Praxis werden bezahlt: ☐ nach Tarif ☐ eher untertariflich ☐ eher übertariflich ☐ keine Angabe	Ich bin Mitglied: ☐ DEGAM ☐ Hausärzteverband
Die MFA meiner Praxis haben eine Corona-Prämie erhalten: ☐ Ja, einmalig ☐ Ja, mehrmalig ☐ Nein	

Fragebogen für MFA – Follow-UP (relevanter Ausschnitt)

Angaben zu Ihrer Person und Ihrer Praxis	
Geschlecht: ☐ Weiblich ☐ Männlich ☐ Divers	Alter: ____ Jahre
Bundesland: ☐ Berlin ☐ Brandenburg ☐ Thüringen ☐ Anderes	Praxisregion: ☐ eher ländlich ☐ eher städtisch
Praxisart: ☐ Einzelpraxis ☐ Gemeinschaftspraxis / BAG ☐ MVZ ☐ Praxisgemeinschaft	Tätigkeitsumfang: ☐ Vollzeit ☐ Teilzeit
Ich werde bezahlt: ☐ nach Tarif ☐ eher untertariflich ☐ eher übertariflich ☐ keine Angabe	
Ich habe eine Corona-Prämie erhalten: ☐ Ja, einmalig ☐ Ja, mehrmalig ☐ Nein	