

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Um unsere Partnerschaft weiterzuentwickeln, bitten wir Sie, sich ggf. diese Seite auszudrucken, auszufüllen und uns zukommen zu lassen.

Fragen zu Ihrer Person:

- Geschlecht männlich weiblich
- Alter Bis 20 Jahre 21-45 Jahre 46-60 Jahre über 60 Jahre
- Beruf berufstätig nicht berufstätig Pensionär sonstiges Rentner
- versichert privat gesetzlich

Sind Sie zufrieden?

Bitte kennzeichnen Sie die angegebenen Felder!

		positiv	negativ	unentschlossen
1.	Die Wartezeit auf einen Termin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Die Wartezeit in unserer Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Die telefonische Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Die allgemeine Atmosphäre in der Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Die Freundlichkeit der Mitarbeiterinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Die Behandlung durch die Mitarbeiterinnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Die ärztliche Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Die Erklärung über die einzelne Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Die Information über die Behandlungsalternativen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Die Information über das Praxisangebot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was ist Ihnen sonst noch wichtig?

.....

.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Ihr Praxisteam