

Patientenfeedback

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

die Zufriedenheit unserer Patienten ist uns sehr wichtig. Hier haben Sie die Möglichkeit, uns Ihre Anliegen jeglicher Art mitzuteilen. Sie helfen uns damit, noch besser auf Ihre Bedürfnisse einzugehen.

Bitte geben Sie uns noch einige allgemeine Informationen:

Ich war Patient in der:

Ihr Alter: _____ Praxis in _____ Klinik

Wie wurden Sie auf unser Zentrum aufmerksam?

- Telefonbuch/Gelbe Seiten Internet Empfehlung durch Bekannte
 Überweisung durch anderen Arzt Sonstiges: _____

Wie beurteilen Sie:

1 = sehr gut, 5 = sehr schlecht

die Ausstattung des Zentrums?

① ② ③ ④ ⑤

die Organisation und Terminplanung?

① ② ③ ④ ⑤

die Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Personals?

① ② ③ ④ ⑤

die telefonische oder elektronische Erreichbarkeit?

① ② ③ ④ ⑤

Würden Sie uns weiterempfehlen?

- Ja Nein

Datum: _____

Hier ist Raum für Ihre Mitteilung an uns (falls der Platz nicht ausreicht > Rückseite):

Wünschen Sie eine Kontaktaufnahme? Dann geben Sie uns bitte folgende Informationen:

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____

Vielen Dank für Ihre Rückmeldung!