



Bewertungsbogen

Sehr geehrte Patientin!

Sehr geehrter Patient!

Wir sind ständig bemüht, unsere Leistungen zu verbessern. Dazu benötigen wir aber Ihre Mithilfe. Es ist uns wichtig zu wissen, wie Sie unsere Ordination sehen und beurteilen.

Beurteilen Sie bitte von 1 bis 4 (1 = Sehr gut, 2 = Gut, 3 = Befriedigend, 4 = Mangelhaft), kreuzen Sie das jeweilige Feld an.

- | | (1) | (2) | (3) | (4) |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 1. Wie finden Sie die persönliche Betreuung durch die Organisationsmitarbeiter (Schalter)? | | | | |
| A: Freundlichkeit | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B: Eingehen auf Terminwünsche | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Wie beurteilen Sie die persönliche Betreuung durch unsere Therapeuten? | | | | |
| A: Wartezeit bei Behandlungstermin | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B: Einfühlungsvermögen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Wie beurteilen Sie die persönliche Betreuung durch unseren Arzt? | | | | |
| A: Untersuchung/Ärztliches Gespräch | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B: Einfühlungsvermögen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| C: Aufklärung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| D: Wartezeit bei Arztterminen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Wie beurteilen Sie die Sauberkeit in unserer Ordination? | | | | |
| A: der Behandlungskabinen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| B: der sonstigen Räume | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Würden Sie unsere Ordination bei Bedarf wieder aufsuchen bzw. weiterempfehlen? | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein |

Kritik/Reklamation?

- nein
 ja, und zwar

Wünschen Sie mit Dr. Hartl zu sprechen?

Wenn ja, bitte Ihre Telefonnr

Name

Eventuelle Verbesserungsvorschläge

Jeder Fragebogen wird von Herrn Dr. Hartl persönlich ausgewertet.
Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Dr. Friedrich Hartl