

**Liebe Patientinnen und Patienten, Ärzte und Pflegedienstleitungen,**

wir möchten Ihnen einen optimalen Service bieten. Es ist uns wichtig, dass Sie und Ihre Patienten sich bei uns wohl fühlen. Darum bitten wir Sie, sich ein paar Minuten Zeit zu nehmen, um den Service und unser Behandlungsangebot zu beurteilen. Der Fragebogen soll uns dabei helfen, unsere Arbeit stetig zu verbessern. Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

**Bewertungsskala:**

1 = sehr gut 2 = gut 3 = befriedigend 4 = ausreichend 5 = mangelhaft 6 = ungenügend

<b>Erreichbarkeit u. Service</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Telefonische Erreichbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freundlichkeit der Mitarbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terminplanung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lieferzeit der Produkte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung:						
<b>Behandlung</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
Qualität der Patientenversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umfang des Leistungsangebotes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusammenarbeit und Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Produktberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkung:						
<b>Was gefällt Ihnen bei der Uroplan besonders gut?</b>						
freundliches Team	<input type="checkbox"/>	die fachliche Kompetenz				<input type="checkbox"/>
breites Leistungsspektrum	<input type="checkbox"/>	Terminverlässlichkeit und kurze Wartezeiten				<input type="checkbox"/>
Bemerkung:						
<b>Worauf legen Sie bei der Versorgung besonders Wert?</b>						
kurze Wartezeit, Terminezverlässigkeit						<input type="checkbox"/>
individuelle Beratung zu verschiedenen Produktmöglichkeiten						<input type="checkbox"/>
Sonstiges bitte ergänzen	<input type="checkbox"/> _____					

<b>Wie beurteilen Sie die Behandlungsatmosphäre unserer Mitarbeiter/-innen?</b>			
sehr angenehm	<input type="checkbox"/>	angenehm	<input type="checkbox"/>
zufriedenstellend	<input type="checkbox"/>	weniger angenehm	<input type="checkbox"/>
Bemerkung:			
<b><u>Nur für Ärzte:</u></b>			
<b>Was ist der Grund Ihrer Zusammenarbeit mit uns?</b>			
Erreichbarkeit sehr gut	<input type="checkbox"/>		
Empfehlung, durch _____	<input type="checkbox"/>		
besonderes Leistungsspektrum	<input type="checkbox"/>		
Zuverlässige Patientenversorgung	<input type="checkbox"/>		
Persönlicher Kontakt zur Praxis	<input type="checkbox"/>		
weil: _____			
<b>Welche Leistungs- und/oder Serviceangebote vermissen Sie?</b>			
Bemerkung:			
<b>Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?</b>			
Empfehlung	<input type="checkbox"/>		
Homepage; Internet	<input type="checkbox"/>		
Flyer	<input type="checkbox"/>		
Sonstiges, bitte ergänzen	<input type="checkbox"/> _____		

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung! Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

Bitte geben Sie diesen Fragebogen unserer/m Mitarbeiter/innen beim nächsten Besuch wieder mit oder senden ihn im Freiumschlag an unsere Firmenanschrift Roeckstraße 1, 23568 Lübeck.

Ihr Team der Uroplan