

FRAGEBOGEN ZUR PATIENTENZUFRIEDENHEIT

UM UNSER ANGEBOT NOCH WEITER ZU VERBESSERN, SIND WIR AUF IHR FEEDBACK ANGEWIESEN. WIR MÖCHTEN SIE BITTEN, SICH DAFÜR 3 MINUTEN ZEIT ZU NEHMEN UND DIESEN FRAGEBOGEN ZU BEANTWORTEN. ANSCHLIESSEND KÖNNEN SIE DIESEN VOR ORT IN DIE BEREITSTEHENDE BOX WERFEN ODER UNS PER EMAIL AN INFO@UNICUM-STUTTART.DE ZUKOMMEN LASSEN.

BEURTEILUNG DES LEISTUNGSANGEBOTS:

BITTE BEURTEILEN SIE DIE FOLGENDEN PUNKTE ANHAND EINER PUNKTEVERGABE, VON 0 = SCHLECHT BIS 10 = SEHR GUT.

ALLGEMEINE DATEN

NAME*:

ALTER*:

JAHRE

GESCHLECHT*:

MÄNNLICH

WEIBLICH

DIVERS

ADMINISTRATION

1. TELEFONISCHE ERREICHBARKEIT DER PRAXIS:

2. FREUNDLICHKEIT DES PERSONALS AM EMPFANG/TELEFON:

3. TERMINE

A. WARTEZEIT BIS ZUM ERSTEN TERMIN:

B. EINHALTEN VON TERMINEN:

C. BERÜCKSICHTIGUNG VON WUNSCHTERMINEN:

INFRASTRUKTUR DER PRAXIS

1. ERREICHBARKEIT MIT ÖPNV:

2. PARKPLÄTZE:

3. WARTEBEREICH (AUSSTATTUNG, GRÖSSE, ATMOSPHÄRE...):

KOMPETENZ DER THERAPEUTEN/INNEN

1. FREUNDLICHKEIT DER THERAPEUT/INNEN:

2. BERÜCKSICHTIGUNG MEINER BEDÜRFNISSE:

3. QUALITÄT DER BEHANDLUNG:

4. WEITERFÜHRENDE INFORMATIONEN/BERATUNG:

* FREIWILLIGE ANGABE

BITTE WENDEN!

ERGEBNIS UND WEITEREMPFEHLUNG

1. MIT DEM ERGEBNIS BIN ICH ZUFRIEDEN:
2. DIE GEMEINSAM GESETZTEN ZIELE WURDEN ERREICHT:
3. ICH WERDE DIE PRAXIS WEITEREMPFEHLEN:

WARUM HABEN SIE UNSERE PRAXIS GEWÄHLT?

(BITTE ANKREUZEN, MEHRFACHNENNUNG MÖGLICH)

WEGEN DES THERAPIEANGEBOTS

AUFGRUND DER EMPFEHLUNG DES VERORDNENDEN ARZTES

AUFGRUND DER EMPFEHLUNG VON BEKANNTEN

ANDERE GRÜNDE:

WAS SIE UNS SONST NOCH MITTEILEN WOLLEN:

WIR BEDANKEN UNS FÜR IHRE MÜHE UND MITARBEIT!
ÜBER EINE ONLINE-BEWERTUNG Z.B. AUF GOOGLE-REZENSIONEN WÜRDEN WIR
UNS FREUEN:



IHR UNICUM. TEAM