



Name (optional)

E-Mail (optional)

Datum

Ich möchte kontaktiert werden

Zufriedenheit mit der Gesamtbehandlung (1-10, 10 = super) · bitte genau eine Option wählen:

1   2   3   4   5   6   7   8   9   10

Ihre Ausgangssituation · Welche Beschwerden oder Erwartungen hatten Sie?

Was Ihnen gefallen hat · z. B. Diagnostik, Therapie, Betreuung

Was verbessert werden könnte · Organisation, Wartezeiten, Kommunikation

Ihre persönliche Einschätzung · Wie haben Sie sich während der Behandlung gefühlt?

Ihre Wünsche für die Zukunft · Leistungen oder Abläufe, die Sie sich wünschen

Besondere Erfahrungen · Was hat Sie positiv überrascht oder irritiert?

Ihre Empfehlung an uns · Was würden Sie sich für Ihren nächsten Besuch wünschen?

Hinweis: Ihre Angaben werden ausschließlich zur internen Qualitätsverbesserung verwendet, nicht veröffentlicht und nicht an Dritte weitergegeben.