

# IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre Zufriedenheit mit unseren Praxisleistungen liegt uns am Herzen. Wir möchten gerne Ihre Meinung über unsere Praxis erfahren, da Ihre Einschätzungen, Wünsche und Ideen uns helfen können, unsere Leistungen und Praxisabläufe noch zu verbessern.



- |                          |                          |                                    |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Telefonische Erreichbarkeit        |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wartezeit für einen Termin         |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wartezeit in der Praxis            |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Atmosphäre in der Praxis           |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vertrauensverhältnis zum Arzt      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Verständlichkeit der Informationen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Qualität der Behandlung            |

Wer war Ihr behandelnder Arzt?

---

Möchten Sie uns etwas mitteilen oder haben Sie Verbesserungsvorschläge?

---

---

---

---

---



Bitte werfen Sie die Meinungskarte in die dafür vorgesehenen Briefkästen vor den Aufzügen in der Klinik oder in den Briefkasten vor Eingang C ein.

Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Ich wünsche eine Antwort

Nein

Ja

Name:

---

per E-Mail:

---

oder per Post:

Straße:

---

PLZ, Ort:

---

**Wir danken Ihnen herzlich!**