



Chirurgie

Adipositaszentrum



**Sehr geehrte Patientin,
sehr geehrter Patient,
sehr geehrte Angehörige,**

um uns fortlaufend in unseren Leistungen verbessern und uns kontinuierlich weiterentwickeln zu können, sind wir auf Ihre ehrliche Meinung angewiesen. Daher würden wir uns sehr darüber freuen, wenn Sie sich kurz die Zeit für uns nehmen würden, um auf dieser Meinungskarte Ihr Feedback dazulassen und um Lob, Verbesserungsvorschläge oder auch Kritik an uns zu richten. Wir bitten Sie, Ihre ausgefüllte Meinungskarte in die hierfür vorgesehene Sammelbox im Wartezimmer einzubringen. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank!



DGD-Kliniken
Mehr als
Medizin

Sie sind:

- Patient/in
 Angehörige/r

und möchten:

- Lob äußern Kritik üben
 Verbesserungsvorschlag machen

Wo wurden Sie versorgt?

- Allgemeine Chirurgie Adipositaschirurgie Plastische Chirurgie

Datum: _____

Ihr Alter: _____ Ihr Geschlecht: w m d

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

Wurden Sie freundlich empfangen?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Sind Sie mit der Sauberkeit zufrieden?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Wurden Sie ausreichend zur Verbesserung Ihrer gesundheitlichen Beschwerden informiert?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Wie zufrieden sind Sie mit der Wartezeit auf einen Termin?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Wie zufrieden waren Sie mit der Schnelligkeit/Wartezeit vor Ort?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Sind Sie mit unseren Unterhaltungsmaterialien im Wartezimmer gut versorgt?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich mit unseren Öffnungszeiten gut versorgt? Bitte Wunschuhrenzeiten mitteilen:	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Sind Sie mit unserer telefonischen/E-Mail-Erreichbarkeit zufrieden?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Fühlen Sie sich bei uns aufgehoben?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Welchen Gesamteindruck haben Sie von uns?	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/>
Würden Sie das Adipositaszentrum Frankfurt Sachsenhausen weiterempfehlen?	ja <input type="checkbox"/> bedingt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung! Jeder Hinweis ist ein

Beitrag zur Verbesserung unserer Leistung.

Haben Sie noch Anregungen, die Sie uns mitteilen wollen?

Wenn Sie eine Rückmeldung wünschen, lassen Sie uns bitte Ihre Kontaktdaten da:

Name, Anschrift

Telefonnummer, E-Mail-Adresse