

Wählen Sie jetzt: Die beste Zahnarztpraxis in D, AT oder der CH 2010

Mitmachen und gewinnen: Mehr zu den Preisen erfahren sie auf www.die-endverbraucher.de

Zahnarzt Daten

Name, Vorname : _____

Straße Nr. : _____

Plz Ort : _____

Bewertungsschema: 5 Sterne (beste Bewertung) bis 0 Sterne (schlechteste Bewertung)

Fragen zu Ihrem Zahnarzt/Ihrer Zahnärztin		5	4	3	2	1	0
		Sterne	Sterne	Sterne	Sterne	Sterne	Sterne
1	Alle meine Fragen wurden durch den Arzt und das Team völlig zufriedenstellend beantwortet. Ich fühle mich sehr gut beraten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Vereinbarte Termine wurden stets eingehalten, es entstanden mir kaum Wartezeiten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Von den Mitarbeitern der Praxis wurde ich stets freundlich und zuvorkommend behandelt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Das Behandlungsergebnis empfinde ich als sehr gut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Das Verhältnis zwischen meiner Behandlung und den mir dadurch entstehenden Kosten empfinde ich als sehr gut?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Die Räumlichkeiten und die Ausstattung der Praxis hinterließen bei mir einen sehr guten Eindruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Mit einem sehr guten Gefühl würde ich den Zahnarzt/die Zahnärztin Freunden und Bekannten weiter empfehlen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte Kreise ankreuzen

Ihr Kurzbericht: (Bitte gut lesbar in Blockschrift - z.B ist das Team freundlich, was wurde gemacht, Wartezeiten, ...)

(falls nötig auf Rückseite weiter schreiben.)

Ihre Adresse lautet: (Bitte gut lesbar in Blockschrift ausfüllen)

Name / Vorname: _____

Straße / Hnr.: _____

Plz / Ort: _____

Ich bin versichert: privat gesetzlich (bitte ankreuzen)

Meine Altersgruppe: unter 25 Jahren 25 – 50 Jahre 50 Jahre plus

Ich versichere von diesem Arzt auch behandelt worden zu sein.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Information zum Datenschutz: Ihre personenbezogenen Daten werden grundsätzlich nicht an Dritte weitergegeben.

Ausfüllen, unterschreiben und senden an – D.E.V. AG, Seestr. 6, 8594 Güttingen (CH) Tel: 0041 71 695 2111, www.die-endverbraucher.de