

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir möchten, dass Sie sich in unserer Überweiserpraxis jederzeit gut behandelt und wohl fühlen. Daher ist uns Ihre Meinung, auch im Rahmen der ISO-Zertifizierung ganz besonders wichtig! Die Diskretion wird natürlich auch hier gewahrt. Für Ihre Offenheit und Zeit danken wir Ihnen.

Ihr Praxisteam Potsdam Oralchirurgie und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie!



Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie ein Kreuz in der Spalte machen. Die Zahlen stehen für folgende Bewertung: 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = akzeptabel, 4 = schlecht

WIE ZUFRIEDEN SIND SIE MIT:

ERREICHBARKEIT	1	2	3	4
Praxisöffnungs- und Sprechstundenzeiten				
Erreichbarkeit der Praxis mit öffentlichen Verkehrsmitteln				
Telefonischen Erreichbarkeit				
Wartezeit auf den Arzttermin				

AMBIENTE & AUSSTATTUNG	1	2	3	4
Gesamterscheinungsbild der Praxis				
Ausstattung des Wartebereiches				
Ausstattung der Behandlungsräume				
Logo und Praxis-Informationsmaterial (Praxis-TV, Flyer, Visitenkarten, Stifte, Wanddekoration)				
Hygiene und Sauberkeit der Praxisräume und Toiletten				

MITARBEITER & SERVICE	1	2	3	4
Freundlichkeit und Hilfsbereitschaft des Praxisteams O Rezeption O Mitarbeiter- Assistenz				
Informationsfluss von der Beratung/ Behandlung zur Rezeption und umgekehrt				
Wahrung der Privatsphäre				
Umgang mit Ihren Fragen, individuellen Wünschen und Bedürfnissen				
Serviceleistungen (Verkauf Kühlkissen, Musikbegleitung, Anruf-Terminersinnerungsservice)				
Den weltweit am meisten benutzten Nachweis für unser Bemühen um besondere Qualität erwarben wir 2014 mit der Erstzertifizierung nach DIN EN ISO 9001.				

MEDIZINISCHE VERSORGUNG & BEHANDLUNG	1	2	3	4
Wartezeit vor der Behandlung in der Praxis				
Aufklärung und Beratung über Diagnose und Therapiealternativen				
Informationsmaterial zur optischen Darstellung der Behandlungen				
Freundlichkeit und Kompetenz der (Zahn-)Ärztin O Dr. Z. Dudás O Dr. J. Wrase O Dr. E. Rompola				
Zusammenarbeit mit Ihrem Hauszahnarzt/ Ihrer Hauszahnärztin				
Erfolg der Behandlung				
bei Inanspruchnahme einer Dienstleistung: Behandlungsinvestitionen/ private Zuzahlungsleistungen O DVT-3d-Röntgen O Tiefschlaf O Lachgassedierung O Ultraschallinstrumentation bei WSR O OP-Mikroskopischer Eingriff O Implantation O Zahnfleischtherapie/ PZR O Knochenaufbau				

ALLGEMEINES & PERSÖNLICHE ANREGUNGEN
Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam? <input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Empfehlung durch Freunde & Bekannte <input type="checkbox"/> Telefonbuch <input type="checkbox"/> Internet/ Praxis-Webseite www.potsdam-oralchirurgie.de <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Was gefällt Ihnen besonders gut?
Was können wir verbessern?
Würden Sie unsere Praxis für Oralchirurgie und MKG weiterempfehlen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Bin mir nicht sicher