

Institut für Pathologie Klinikum Nürnberg	<b>Fragebogen zur Ermittlung der Kundenzufriedenheit Formblatt</b>	Dok.-Nr.: 326 Version: 1.0
--	--	-------------------------------

Gewichtung unserer Dienstleistungen		Bewertung:					
Gewichten Sie nach der Skala von A – F: A = sehr wichtig      B = wichtig      C = ziemlich wichtig D = weniger wichtig      E = unwichtig      F = völlig unwichtig		Bitte kreuzen Sie bei den Noten von 1= sehr gut bis 6 = ungenügend an					
		1	2	3	4	5	6
<input type="checkbox"/>	Zuverlässigkeit der Befundung / Diagnostik A- F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Verständlichkeit / Eindeutigkeit der Befunde A- F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Dauer der Befundübermittlung A- F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Erreichbarkeit der Fachärzte A- F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Eingehen auf individuelle Probleme und Rückfragen A- F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Fachkompetenz der Ansprechpartner A- F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Angebot der Untersuchungsmethoden A- F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Unterstützung bei der Beantwortung klinischer Fragen A- F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Freundlichkeit der Mitarbeiter A- F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Übersichtliche, praxisnahe Untersuchungsanträge A- F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Geeignetes und praktisches Versandmaterial A- F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche Anregungen, Wünsche oder Probleme haben Sie im Zusammenhang mit unseren Dienstleistungen?

.....

Praxisstempel Absender: Name / Anschrift: .....

.....