

Bitte Fragebogen zurückschicken an:

Laborarztpraxis Osnabrück
Kundenbetreuung
Rostocker Straße 5-7
49124 Georgsmarienhütte
E-Mail: i.spiegel@oslab.de oder
kundenbetreuung@oslab.de
Fax: 05401/3391-329

Praxisstempel:

Datum: _____

Bewerteter Bereich:

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| Medizinisches Labor | <input type="checkbox"/> | Ärztliches Gemeinschaftslabor | <input type="checkbox"/> |
| Trinkwasseruntersuchungsstelle | <input type="checkbox"/> | Hygieneuntersuchungen | <input type="checkbox"/> |

- ++ außerordentlich gut
- + gut
- +/- zufrieden
- einigermaßen zufrieden
- unzufrieden

Bitte Zutreffendes bewerten:

	++	+	+/-	-	--
1. Beurteilung der Materialversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beurteilung des Anforderungshandlings	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Beurteilung des Kurierdienstes (Termintreue, Auftreten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Beurteilung des Telefonservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Beurteilung der Befunderstellung (Angemessener Zeitraum, Befundaufbau, Interpretationsqualität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Beurteilung der Befundübermittlung (Regelmäßigkeit, Beseitigung von Störungen im Labor, Hilfestellung für die Praxis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Beurteilung der Abrechnung (Rechnungsstellung, Rechnungsaufbau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verbesserungsvorschläge/Wünsche/Bemerkungen der Kunden:

Nennen Sie uns bitte Ihren Namen und Tel.Nr. falls Rücksprache erwünscht: _____

Vielen Dank!

Geschrieben: Aurelia. Hannig 15.01.2019	Überprüft: Inge Spiegel 15.01.2019	Genehmigt: Dr. Jutta Esser 16.01.2019	
Kennung: QMF-4070-04 Kundenzufriedenheit.docx	Revision: 05	Gültig ab: 16.01.2019	Seite 1 von 1