



# Ihre Meinung ist uns sehr wichtig!

Sehr geehrte Frau Doktor, sehr geehrter Herr Doktor, sehr geehrtes Praxisteam,

herzlichen Dank, dass Sie sich die Zeit nehmen, unseren Beurteilungsbogen auszufüllen.

Sie unterstützen damit unsere Bemühungen, unsere Serviceleistung und die damit verbundene persönliche Betreuung ständig zu verbessern.

Wir freuen uns über Verbesserungsvorschläge genauso wie über Kritik und werden Ihre Antworten selbstverständlich vertraulich behandeln.

Ihr medNEXT-Team

**Per Fax bitte an 08671 – 88 54 20 oder [vertrieb@medNEXT.de](mailto:vertrieb@medNEXT.de)**

## Einschätzung unserer erbrachten Serviceleistung

	☺					☹
	1	2	3	4	5	6
1. Freundlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Erreichbarkeit der Hotline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. fachliche Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Einweisung/Installation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. zeitnahe Umsetzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Ist Ihr Auftrag zu Ihrer Zufriedenheit umgesetzt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Würden Sie unseren Service weiterempfehlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was können wir zukünftig anders/besser machen?

---

---

Bitte informieren Sie uns zukünftig per E-Mail über aktuelle Aktionen und Angebote aus Ihrem Hause.

E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Wir würden gerne am Referenzpraxisprogramm teilnehmen und benötigen dazu weitere Informationen

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

Praxisstempel/Unterschrift