



## **Ihre Meinung ist uns wichtig!**

Sehr geehrte Patienten,  
bitte nehmen Sie sich einige Augenblicke Zeit, um die Behandlung zu bewerten.  
Damit helfen Sie uns damit wir uns ständig verbessern können. Bitte nutzen Sie hierfür das  
Formular und geben es an der Rezeption ab oder werfen Sie es in unseren Briefkasten an  
der Türe.

Datum der Behandlung: \_\_\_\_\_

Behandler: **Arzt:    Assistenz:    andere Mitarbeiter:**

**Name:** \_\_\_\_\_

Die Zahnreinigung/PZR empfand ich als:                    **schlecht**            **gut**            **sehr gut**

Die Aufklärung empfand ich als verständlich :            **schlecht**            **gut**            **sehr gut**

Die Patienten.Betreuung an der Rezeption fand ich:            **schlecht**            **gut**            **sehr gut**

Die Patienten-Betreuung in der Behandlung war :            **schlecht**            **gut**            **sehr gut**

Ihre Anregungen/ Wünsche an die Praxis / Mitarbeiter:

\_\_\_\_\_

Was können wir verbessern?

\_\_\_\_\_

**Vielen Dank für die Zeit die Sie sich genommen haben !!!**

