

UMFRAGE MOBILER DIENST

Ihre Meinung ist uns wichtig!

BITTE KREUZEN SIE ZUTREFFENDES IM SCHULNOTENSYSTEM AN:

<input type="checkbox"/> 1 Ja	<input type="checkbox"/> 2 Verbesserungswürdig	<input type="checkbox"/> 3 Nein	1	2	3
1. Sind Sie im Allgemeinen mit unserem mobilen Dienst zufrieden?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Fühlen Sie sich durch unser Team freundlich und zuvorkommend betreut?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Fühlen Sie sich in Bezug auf Ängste/Bedenken ernst genommen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Fühlen Sie sich fachgerecht und verständlich beraten bzw. aufgeklärt?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Was würden Sie sich darüber hinaus von uns wünschen?					
<hr/>					
<hr/>					

MÖCHTEN SIE UNS NOCH EINE PERSÖNLICHE MITTEILUNG ZUKOMMEN LASSEN?

Dann nutzen Sie bitte die folgende Freifläche dieses Formulars. Wir freuen uns über jede neue Anregung, Vorschläge oder auch Kritik, die uns weiterhilft, uns in Ihrem Sinne zu verbessern.

WIR DANKEN IHNEN HERZLICH, DASS SIE SICH DIE ZEIT FÜR DIE BEANTWORTUNG GENOMMEN HABEN.
IHR PRAXISTEAM [DEIN DENTagil](#)