

Naam*:	Geslacht*: <input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw					
Geboortedatum*: - -	<i>*Niet verplicht, u kunt de enquête ook anoniem invullen</i>					
Locatie <input type="radio"/> Ommoord <input type="radio"/> Gouda <input type="radio"/> IJsselmonde <input type="radio"/> Vlaardingen	Geef hieronder uw waardering over de kwestie waar in de linkerkolom een vraag over wordt gesteld. Kruis s.v.p. de antwoordmogelijkheid aan die het best aansluit op uw mening.					
	Uw waardering					
	Zeer slecht	Slecht	Onvoldoende	Voldoende	Goed	Zeer goed
Wat is uw eerste algemene indruk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Bereikbaarheid</u>						
Hoe waardeert u onze telefonische bereikbaarheid?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe waardeert u de locatie van onze praktijk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe waardeert u de toegankelijkheid van onze locatie (rolstoel/rollator)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Receptie</u>						
Hoe waardeert u de ontvangst bij binnenkomst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe waardeert u de vriendelijkheid van de receptioniste(n)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Wachtruimte</u>						
Hoe waardeert u de zitgelegenheid van de wachtruimte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe waardeert u de aanwezige lectuur in de wachtruimte?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe waardeert u de wachttijd?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Behandeltkamer</u>						
Hoe waardeert u de hygiëne in de behandelkamer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe waardeert u de inrichting van de behandelkamer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe waardeert u onze behandelapparatuur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Restauratie</u>						
Hoe waardeert u de kwaliteit van het product?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe waardeert u de uitleg tijdens het proces?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe waardeert u de behandeling van de pijn?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Uw waardering					
	Zeer slecht	Slecht	Onvoldoende	Voldoende	Goed	Zeer goed
<u>Personeel</u>						
Hoe waardeert u de vriendelijkheid van de behandelaar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe waardeert u de vriendelijkheid van het overige personeel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe waardeert u de samenwerking tussen het personeel?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Behandelproces</u>						
Hoe waardeert u het behandelresultaat?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe waardeert u de nazorg?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe waardeert u het nakomen van afspraken?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
In welke mate voldeed de behandeling aan uw verwachtingen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Informatievoorziening</u>						
In welke mate was het behandelplan u vooraf duidelijk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe vindt u de informatie over de diverse behandel mogelijkheden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe vindt u de informatie over de gevolgen van een behandeling?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe vindt u de informatie over de kosten en vergoedingen van een behandeling?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoe vindt u de informatie over betalingen en facturen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zou u iemand anders adviseren om naar Smile Clinic te gaan?	<input type="radio"/>	Ja		<input type="radio"/>	Nee	

Indien u ervaringen met ons wilt delen (zowel positief als negatief) of suggesties heeft om onze service te verbeteren kunt u deze hieronder kwijt:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bedankt voor uw medewerking