

ZUFRIEDENHEITSBEFRAGUNG

Telefonleitfaden für erst- und dauerversorgte Kunden (innerhalb von zwei Wochen)



Musterstraße 100-110
99999 Musterstadt
Tel. 9999-99999999
www.sh-feelgood.de

Kontaktieren Sie Ihre Kunden innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Einlagen-Versorgung.

Nachweis: Auflistung, wer angerufen wurde; ausgefüllte Fragebögen.

Wie beginne ich das Gespräch?

„Guten Tag Frau / Herr Kunde. Hier ist Frau / Herr Musterfachmann vom Sanitätshaus Feelgood. Sie haben vor circa zwei Wochen Ihre orthopädischen Einlagen erhalten.“

Kundenname

Datum

Fragen

1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Einlagen?

Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 5 (überhaupt nicht zufrieden).

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Würden Sie Ihre aktuelle Versorgung einem guten Freund / einer guten Freundin weiterempfehlen?

Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 0 (auf keinen Fall) bis 10 (auf jeden Fall).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was ist der Hauptgrund für Ihre Bewertung?

3. Ich möchte mir gerne Ihre Einlagen-Versorgung noch einmal zur Kontrolle ansehen, damit Sie auch wirklich optimal versorgt sind. Vereinbaren wir gleich einen Termin?

4. Wie häufig tragen Sie Ihre Einlagen?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Täglich | <input type="checkbox"/> Unregelmäßig |
| <input type="checkbox"/> Wenn ich Beschwerden habe | <input type="checkbox"/> Nie |

5. Aus welchen Gründen tragen Sie Ihre Einlagen nicht täglich?

- | | |
|---|---|
| Gründe: | Lösung: |
| <input type="checkbox"/> Rutschen | <input type="checkbox"/> Passformkontrolle |
| <input type="checkbox"/> Unangenehmes Gefühl beim Tragen | <input type="checkbox"/> Passformkontrolle |
| <input type="checkbox"/> Schuhe sind dadurch zu eng | <input type="checkbox"/> Passformkontrolle |
| <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Tragen | <input type="checkbox"/> Passformkontrolle |
| <input type="checkbox"/> Einlagen passen nur in wenige Schuhe | <input type="checkbox"/> Passformkontrolle |
| <input type="checkbox"/> Hautprobleme | <input type="checkbox"/> Termin vereinbaren, Modelle vorstellen |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> medi Haut- / Fußpflege |

6. Wie zufrieden sind Sie mit uns und unserem Service?

Bitte beurteilen Sie die folgenden Punkte auf einer Skala von 1 (trifft voll zu) bis 5 (trifft überhaupt nicht zu).

Ich wurde beim Betreten des Geschäfts freundlich begrüßt.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich fühle mich kompetent und umfassend beraten.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Man hat sich Zeit für mich und meine Fragen genommen.

1	2	3	4	5
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Würden Sie unser Sanitätshaus einem guten Freund / einer guten Freundin weiterempfehlen?

Bitte bewerten Sie auf einer Skala von 0 (auf keinen Fall) bis 10 (auf jeden Fall).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Was ist der Grund für die soeben abgegebene Bewertung?
