

ZUFRIEDENHEITSBEFRAGUNG

Telefonleitfaden für erst- und dauerversorgte Kunden (nach ca. fünf Monaten)



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

Kontaktieren Sie Ihre Kunden nach fünf Monaten 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 fünf Monaten 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. Wie häufig tragen Sie Ihre Einlagen?

- Täglich Unregelmäßig
 Wenn ich Beschwerden habe Nie

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

- | | |
|---|--|
| Gründe: | Lösung: |
| <input type="checkbox"/> Einlagen passen nur in wenige Schuhe | <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 |

5. Bei täglichem Tragen lässt die Dämpfung der Einlagen nach einiger Zeit nach. Grundsätzlich besteht nach einem halben Jahr die Möglichkeit bei medizinischer Notwendigkeit eine Folgeversorgung zu erhalten. Haben Sie schon ein neues Rezept ausstellen lassen?.

- Ja Nein

6. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Ihre nächsten Einlagen in unserem Sanitätshaus abholen?

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?
