

ZUFRIEDENHEITSBEFRAGUNG

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



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

Kontaktieren Sie Ihre Kunden innerhalb zwei Wochen nach Abgabe der Kompressionsversorgung

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 ca. zwei Wochen Ihre Kompressionsstrümpfe erhalten.“

Kundenname

Datum

Fragen

1. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Versorgung?

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 gutem 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 Kompressionsversorgung noch einmal zur Kontrolle ansehen, damit Sie auch wirklich optimal versorgt sind. Vereinbaren wir gleich einen Termin?

4. Wie häufig tragen Sie Ihre Kompressionsstrümpfe?

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <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 Kompressionsstrümpfe nicht täglich?

- | | |
|---|---|
| Gründe: | Lösung: |
| <input type="checkbox"/> Rutschen | <input type="checkbox"/> Passformkontrolle |
| <input type="checkbox"/> Zwicken, z. B. in der Kniekehle, im Zwickelbereich o. ä. | <input type="checkbox"/> Passformkontrolle |
| <input type="checkbox"/> sind zu eng | <input type="checkbox"/> Passformkontrolle |
| <input type="checkbox"/> Probleme beim An- und Ausziehen | <input type="checkbox"/> Termin Anziehtraining |
| <input type="checkbox"/> Farbe passt nicht zu jeder Garderobe | <input type="checkbox"/> Termin vereinbaren, Farbauswahl vorstellen |
| <input type="checkbox"/> Hautprobleme, z. B. Haut zu trocken | <input type="checkbox"/> medi Haut / Fußpflege |
| <input type="checkbox"/> Varizen OP | |
| <input type="checkbox"/> Nur während der Schwangerschaft | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | |

6. Wie kommen Sie mit dem An- und Ausziehen der Kompressionsstrümpfe zurecht?

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

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

7. 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"/>

Die Beratung ist sehr kompetent.

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

Ich fühle mich gut 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"/>

8. Würden Sie unser Sanitätshaus einem gutem 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?