

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 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. fünf Monaten 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 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 Kompressionsstrümpfe?

- täglich unregelmäßig
 wenn ich Beschwerden habe nie

4. 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 |

5. Haben Sie schon einen Arzttermin vereinbart, um sich ein neues Rezept ausstellen zu lassen? Nach ca. einem halben Jahr ist das häufig notwendig.

- ja nein

6. Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie Ihre nächsten Strümpfe bei 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?
