

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ**

Ημερομηνία: \_\_ / \_\_ / \_\_

Αγαπητέ ασθενή,

Στην προσπάθειά μας να βελτιωνόμαστε συνεχώς στην ποιότητα των υπηρεσιών που σας παρέχουμε, θα θέλαμε να μας βοηθήσετε, συμπληρώνοντας το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Ο χρόνος που θα απαιτηθεί από εσάς για να το συμπληρώσετε θα είναι μικρός, αλλά η συμμετοχή σας θα είναι μεγάλη και πολύτιμη για εμάς. Παρακαλούμε σημειώστε με ✓ την απάντηση που εκφράζει το βαθμό ικανοποίησής σας σχετικά με:

Πεδίο αξιολόγησης	Καθόλου 1	Λίγο 2	Μέτρια 3	Πολύ 4	Πάρα πολύ 5
Τη διαθεσιμότητα σε ραντεβού					
Τη συμπεριφορά και την εξυπηρέτηση του προσωπικού του Οδοντιατρείου					
Την ταχύτητα απόκρισης του Οδοντιατρείου σε τυχόν προβλήματα ή σε έκτακτα περιστατικά					
Την ενημέρωση που λάβατε με το πέρας του ραντεβού σας					
Καθαριότητα χώρων					
Τη συνολική εικόνα που αποκομίζετε από το Οδοντιατρείο					

Παρακαλούμε αναφέρετε σημεία στα οποία πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να γίνουν βελτιώσεις ή άλλο σχόλιο:

.....

.....

.....

.....

Παρακαλούμε αναφέρετε το όνομα του Θεράποντα Ιατρού σας: .....

 Ονοματεπώνυμο Ασθενή: ..... Υπογραφή  
 (προαιρετική)



## Οδοντολύσις

Μεταξά Α. 37,  
16674 Γλυφάδα  
210 8942676

37 Metaxa A. str,  
16674 Glyfada / Greece  
(+30) 210 8942676  
info@odontolysis.com

odontolysis.com

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Ημερομηνία: \_\_ / \_\_ / \_\_

Αγαπητέ κηδεμόνα,

Στην προσπάθειά μας να βελτιωνόμαστε συνεχώς στην ποιότητα των υπηρεσιών που σας παρέχουμε, θα θέλαμε να μας βοηθήσετε, συμπληρώνοντας το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Ο χρόνος που θα απαιτηθεί από εσάς για να το συμπληρώσετε θα είναι μικρός, αλλά η συμμετοχή σας θα είναι μεγάλη και πολύτιμη για εμάς. Παρακαλούμε σημειώστε με ✓ την απάντηση που εκφράζει το βαθμό ικανοποίησής σας σχετικά με:

Πεδίο αξιολόγησης	Καθόλου 1	Λίγο 2	Μέτρια 3	Πολύ 4	Πάρα πολύ 5
Τη διαθεσιμότητα σε ραντεβού					
Τη συμπεριφορά και την εξυπηρέτηση του προσωπικού του Οδοντιατρείου					
Την ταχύτητα απόκρισης του Οδοντιατρείου σε τυχόν προβλήματα ή σε έκτακτα περιστατικά					
Την ενημέρωση που λάβατε με το πέρας του ραντεβού σας					
Καθαριότητα χώρων					
Τη συνολική εικόνα που αποκομίζετε από το Οδοντιατρείο					

Παρακαλούμε αναφέρετε σημεία στα οποία πιστεύετε ότι θα μπορούσαν να γίνουν βελτιώσεις ή άλλο σχόλιο:

.....

.....

.....

.....

Παρακαλούμε αναφέρετε το όνομα του Θεράποντα Ιατρού σας: .....

Όνοματεπώνυμο Ασθενή: ..... Υπογραφή  
(προαιρετική)

[.....]



