



# Kundenrückmeldung

**Liebe Zahnärztin! Lieber Zahnarzt!**

Ihre Rückmeldung ist uns für unseren kontinuierlichen Verbesserungsprozess besonders wichtig. Helfen Sie uns, damit wir uns noch besser auf Ihre Wünsche einstellen können. Vielen Dank.

*Ihr Dental Technik Kiel-Team*

---

Praxis

Datum

---

Patient

Auftrag

## Abweichungsmöglichkeiten Kriterien

Passgenauigkeit	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zu eng	<input type="checkbox"/> zu weit
Farbe	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zu hell	<input type="checkbox"/> zu dunkel
Biss (Okklusion/Artikulation)	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> massiv zu hoch
Kontakte	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	<input type="checkbox"/> zu stramm
Anatomie/Ästhetik	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zu wenig	<input type="checkbox"/> zu viel
Randschluss	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> zu kurz	<input type="checkbox"/> zu lang
Friktion	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> Zu stark	<input type="checkbox"/> zu schwach
Funktion	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> nicht in Ordnung	
Eingliederung erfolgt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Termingestaltung	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> nicht zufriedenstellend	
Rechnung/Kostenvoranschlag	<input type="checkbox"/> vollständig	<input type="checkbox"/> unvollständig	<input type="checkbox"/> zu spät
Service	<input type="checkbox"/> sehr gut	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> befriedigend <input type="checkbox"/> mangelhaft

Eigene Notizen:

---

---

---

---

**Faxen Sie uns diese Rückmeldung bitte unter der 0228 25905-30 oder legen geben Sie sie unserm Fahrer mit der nächsten Tour mit. Vielen Dank!**