

Feedback

- auf Wunsch gerne vertraulich -

Bitte per Fax an: (0341) 35 12345 9

Name der Klinik: _____

Vertretungseinsatz: von: _____.____.____ bis _____.____.____

Name des Vertretungsarztes: _____

Gesamteinschätzung:

Wir sind mit dem Vertretungseinsatz:

sehr zufrieden zufrieden nicht zufrieden *

* nicht Zutreffendes bitte durchstreichen

Falls Sie mit uns „nicht zufrieden“ waren, möchten wir gerne künftig besser werden. Bitte helfen Sie uns, die Qualität künftig zu verbessern, indem Sie etwaige Mängel beim Namen nennen.

a) fachliche und/oder persönliche Mängel des Vertretungsarztes:

b) Mängel der Agentur, Kritikpunkte oder Verbesserungsvorschläge

Wir danken für Ihre konstruktiven Hinweise! Das Doc24-Arztvermittlung-Team.

Ort, Datum

Name, Funktion u. Unterschrift
des Beurteilenden*

Stempel