

FÜR AUFTRAGGEBER

Bewertungsbogen

Ihre Zufriedenheit ist für uns von sehr großer Bedeutung! Aus diesem Grund bitten wir Sie, die nachfolgenden Kriterien zu bewerten. Durch Ihre persönliche Meinung geben Sie uns die Möglichkeit, uns weiterhin zu verbessern und unseren Service zu optimieren.

Name des Mitarbeiters:



gut



mittel



schlecht

Hat der Mitarbeiter fachlich gearbeitet?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

War der Mitarbeiter freundlich und nett zum Stammpersonal, Ärzten, Patienten/Bewohner oder Angehörigen?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Hat der Mitarbeiter sich an die Weisung von PDL und WBL gehalten ?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

War der Mitarbeiter pünktlich zu Arbeitsbeginn ?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Wie waren der Service und die Erreichbarkeit durch die Disponenten oder der Geschäftsführung?

| | | |
|--|--|--|
| | | |
|--|--|--|

Welche Vorschläge und Anregungen haben Sie sonst noch für uns?

Ort, Datum, Unterschrift und Firmenstempel – Auftraggeber