

Fragen zur Beurteilung der Beratungsstelle als öffentliche Einrichtung

Meine/unsere Beratung fand statt von bis

Bitte beurteilen Sie folgende Kriterien:

Bitte kreuzen Sie jeweils die Kästchen an, deren Aussage für Sie am ehesten zutreffend ist. (Dabei jeweils nur ein Kästchen ankreuzen.)

1 = sehr gut 2 = gut 3 = ausreichend 4 = mangelhaft

- | | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Wartezeit auf einen Beratungstermin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Kundenfreundlichkeit bei den Sprechstundenzeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Kinderfreundlichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Behindertenfreundlichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Räumliche Ausstattung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| modern <input type="checkbox"/> funktional <input type="checkbox"/> ansprechend <input type="checkbox"/> renovierungsbedürftig <input type="checkbox"/> | | | | |
| 6. Telefonische Erreichbarkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Parkmöglichkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Anschluss an öffentliche Verkehrsmittel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Wie lange betrug die Wartezeit auf einen Termin? | | | | |
| <input type="text"/> | | | | |
| 10. Wie sind Sie auf unsere Beratungsstelle aufmerksam geworden? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Arzt <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Freunde | | | | |
| <input type="checkbox"/> anderes, und zwar _____ | | | | |
| 11. Noch zwei Fragen zur Statistik: | | | | |
| Ihr Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers | | | | |
| Ihr Alter: _____ | | | | |