



## **Kundenbefragung**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Kundenzufriedenheit und damit Erfolg ist nur durch die Einhaltung der hohen Qualitätsstandards, die wir uns auferlegt haben, zu gewährleisten.

Unsere Bemühungen sind stets danach gerichtet, Ihren Anforderungen an uns im Sinne unserer guten Geschäftsbeziehungen gerecht zu werden. Sie erwarten von uns mehr als Standard-Dienstleistungen - wir wollen diese Erwartungen durch ein komplettes Angebot, leistungsfähige Transport- und Betriebsmittel und ein Top-Service durch kompetente Mitarbeiter erfüllen.

Im Rahmen unseres Qualitätssicherungssystems wollen wir durch eine Befragung Aufschluss über die Zufriedenheit unserer Kunden mit den von uns erbrachten Leistungen erhalten.

Ihre Mitarbeit an dieser Umfrage, für die wir uns im Voraus herzlich bedanken, wird wesentlich dazu beitragen, dass die Qualität unserer Dienstleistung gesichert bleibt und eventuell aufgezeigte Mängel behoben werden können.

Sie werden daher ersucht, auf dem - beiliegenden Fragebogen die Qualitätsmerkmale unserer Dienstleistungen mit Hilfe einer Notenskala von 1 (sehr gut) bis 5 (unzureichend) zu bewerten und den ausgefüllten Bogen möglich unseren Mitarbeitern mitzugeben, oder per Fax an **040 – 40 197 293** zurückzusenden.

Für weitere Informationen oder etwaige Fragen steht Ihnen unser Herr Meyer jederzeit gerne unter 040 – 40 66 33 zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Blauer Kreis Krankenbeförderung  
Qualitätsmanagement



**Kundenbefragung im Rahmen des Qualitätsmanagements nach  
DIN EN ISO 9001-2008:**

Bitte die Bewertungen nach einer Skala von 1 (sehr gut) bis 5 (unzureichend) vorzunehmen:

	Kategorie	Kriterium	Bewertung
1	Unternehmen	Leistungsfähigkeit	
2		Zuverlässigkeit	
3		Flexibilität	
4		Kompetenz der Mitarbeiter	
5		Pünktlichkeit	
6		Service/ Beratung/ Problemlösung	
7	Gesamteindruck		

7. Worauf legen Sie bei unserer Leistung besonderen Wert?

---

---

8. Was hat Ihnen besonders gefallen?

---

---

9. Was hat Ihnen nicht gefallen?

---

---

10. Welche Anregungen/Verbesserungsvorschläge haben Sie?

---

---

11. Empfehlen Sie uns weiter?

JA  NEIN

Datum:

Name und Funktion des Bearbeiters:

Stempel der Einrichtung / Name des Fahrgastes