

Kontaktdaten / Name / Anschrift / Telefon (Angaben freiwillig)

Produkt / Typ / Seriennummer

Bitte Bewertung in Schulnoten von 1 bis 5

(1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft)

I Passgenauigkeit und Ergonomie	1	2	3	4	5
a) Wie gut ist die Rahmengeometrie an Ihre Anatomie angepasst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Wie gut ist das Sitz- und Rückensystem an Ihre Bedürfnisse angepasst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Wie gut sind die Greifringe an Ihre Bedürfnisse angepasst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Wie gut ist die Fußstütze an Ihre Bedürfnisse angepasst?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
II Einstellmöglichkeit und Handhabung (bewerten Sie, sofern die Baugruppe an Ihrem Rollstuhl vorhanden ist)	1	2	3	4	5
a) Wie bewerten Sie die Verstellmöglichkeiten der Rückenlehne?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Wie bewerten Sie die Bedienung der Fußstütze (sofern eine Fußstütze mit Verstell-, Abnahme- oder Anpassungsmöglichkeiten vorhanden)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Wie bewerten Sie die Bedienung des Schiebegriffs?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Wie bewerten Sie die Bedienung der Kippstütze?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Wie bewerten Sie die Bedienung der Feststellbremse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Wie bewerten Sie die Bedienung der Begleitpersonenbremse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Wie bewerten Sie die Bedienung des Faltmechanismus (nur bei Faltrollstühlen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Wie bewerten Sie die Bedienung des Hubmechanismus (nur bei höhenverstellbaren Rollstühlen)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Wie bewerten Sie die Bedienung der Adaption Handbike / Zuggerät?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

III Qualität und Design	1	2	3	4	5
a) Wie sind Sie mit der Verarbeitungsqualität zufrieden?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Wie beurteilen Sie die Qualität der verwendeten Komponenten (Antriebs-, Lenkräder, Bremsen, ...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Wie gefällt Ihnen Ihr Produkt optisch (Formgebung und Farben)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
IV Mobilität / Fahreigenschaften	1	2	3	4	5
a) Wie bewerten Sie den Leichtlauf und die Wendigkeit Ihres Rollstuhls?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Wie gut werden Ihre persönlichen Ansprüche nach Mobilität erfüllt (Rollstuhltransport, Einsatzbereiche, ...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

V Verletzungsrisiken
Gibt es störende Kanten / Klemmstellen bzw. Verletzungsrisiken an Ihrem Produkt? Wenn ja, welche?

VI Verbesserungsvorschläge / Vergleich zu Konkurrenzprodukten
Haben Sie Verbesserungsvorschläge? Können Sie Vergleiche zu Produkten anderer Hersteller ziehen?

VII Sonstiges
Möchten Sie uns sonst noch etwas mitteilen?
(Sollte der Platz nicht ausreichend sein, bitte weitere Blätter hinzufügen)

Datum: _____

Bitte weiterleiten an:

PRO ACTIV
Reha-Technik GmbH
Im Hofstätt 11
72359 Dotternhausen

oder

Fax
+49 (0)7427 - 9480-7025

oder

kundenzufriedenheit
@proactiv-gmbh.de

Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

Ich bin damit einverstanden, dass die Pro Activ Reha-Technik GmbH mir regelmäßige Einladungen zu Sonderveranstaltungen, Kundenzufriedenheitsumfragen, Weihnachtspost und Informationen zu folgenden Produktsegmenten **per E-Mail/Post** zuschickt: **Rollstühle, Handbikes, Pedelecs und Zubehör.**

Ich erteile meine Einwilligung, dass die Pro Activ Reha-Technik GmbH zu diesem Zweck meine Kontaktdaten in einem EDV-System speichert. Meine Einwilligung kann ich jederzeit schriftlich (Brief, Fax, E-Mail) gegenüber der Pro Activ Reha-Technik GmbH widerrufen.