

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 bewerten Sie die Ergonomie Ihres Zuggeräts insgesamt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Wie gut sind die Bedienkomponenten nutzbar (Schaltung, Bremse, Gasgriff, Beleuchtung, ...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Wie gut sind die Kurbeln an Ihre Anatomie angepasst? (nur wenn vorhanden)	<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 Zuggerät vorhanden ist)	1	2	3	4	5
a) Wie bewerten Sie die Einstellmöglichkeit der Lenksäule bzw. der Tretlagerstütze? (nur wenn vorhanden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Wie bewerten Sie die Menüführung der Bedienkonsole für das Antriebssystem? (nur wenn vorhanden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Wie bewerten Sie das Umstecken der Antriebsräder in die Radstandsverlängerung? (nur wenn vorhanden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Wie bewerten Sie die Bedienung des Drehgasgriffes bzw. des Daumengashebels? (nichtzutreffendes streichen) (nur wenn vorhanden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Wie bewerten Sie die Bedienung der Bremse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Wie bewerten Sie die Bedienung der Wechselsteckverbindung (nur bei Doppelakku)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g) Wie bewerten Sie die An- und Abkopplung an Ihren Rollstuhl (Zentraladapter / Frontadapter)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h) Wie bewerten Sie die Unterstützungskraft bzw. Auswahl der Gänge?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i) Wie bewerten Sie die Bedienung des Abstellständers?	<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 (Gabel, Räder, 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 das Fahren auf wechselnden Untergründen (z.B. Schotter, Kopfsteinpflaster, Wiese)?	<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 (Transport, Einsatzbereiche, Gewicht, ...)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Wie bewerten Sie die Reichweite des/der Akkus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Wie gut bewerten Sie das Manövrieren mittels Rückwärtsgang? (nur wenn vorhanden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

V Verletzungsrisiken
Gibt es störende Kanten / Klemmstellen bzw. sonstige 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  
Vielen Dank für Ihre Bemühungen.

oder Fax +49 (0)7427 - 9480-7025

oder kundenzufriedenheit@proactiv-gmbh.de

Ich bin damit einverstanden, dass die Pro Activ Reha-Technik GmbH mir regelmäßig 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.