

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"/>				
b) Wie gut sind die Bedienkomponenten nutzbar (Schaltung, Bremse, Gasgriff, Beleuchtung, ...)?	<input type="radio"/>				
c) Wie gut sind die Kurbeln an Ihre Anatomie angepasst? (nur wenn vorhanden)	<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"/>				
b) Wie bewerten Sie die Menüführung der Bedienkonsole für das Antriebssystem? (nur wenn vorhanden)	<input type="radio"/>				
c) Wie bewerten Sie das Umstecken der Antriebsräder in die Radstandsverlängerung? (nur wenn vorhanden)	<input type="radio"/>				
d) Wie bewerten Sie die Bedienung des Drehgasgriffes bzw. des Daumengashebels? (nichtzutreffendes streichen) (nur wenn vorhanden)	<input type="radio"/>				
e) Wie bewerten Sie die Bedienung der Bremse?	<input type="radio"/>				
f) Wie bewerten Sie die Bedienung der Wechselsteckverbindung (nur bei Doppelakku)?	<input type="radio"/>				
g) Wie bewerten Sie die An- und Abkopplung an Ihren Rollstuhl (Zentraladapter / Frontadapter)?	<input type="radio"/>				
h) Wie bewerten Sie die Unterstützungskraft bzw. Auswahl der Gänge?	<input type="radio"/>				
i) Wie bewerten Sie die Bedienung des Abstellständers?	<input type="radio"/>				

III Qualität und Design	1	2	3	4	5
a) Wie sind Sie mit der Verarbeitungsqualität zufrieden?	<input type="radio"/>				
b) Wie beurteilen Sie die Qualität der verwendeten Komponenten (Gabel, Räder, Bremsen, ...)?	<input type="radio"/>				
c) Wie gefällt Ihnen Ihr Produkt optisch (Formgebung und Farben)?	<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"/>				
b) Wie gut werden Ihre persönlichen Ansprüche nach Mobilität erfüllt (Transport, Einsatzbereiche, Gewicht, ...)?	<input type="radio"/>				
c) Wie bewerten Sie die Reichweite des/der Akkus?	<input type="radio"/>				
d) Wie gut bewerten Sie das Manövrieren mittels Rückwärtsgang? (nur wenn vorhanden)	<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

Ja

Nein

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.

*) Unzutreffendes bitte streichen

Erstellt am: 16.12.2016 von: DSc

Geprüft und Freigegeben am: 14.03.2019 von: SSt

Geändert am: 14.03.2019 von: MW

P:\02 QM\Handbuch\03 Vertrieb\03 FB 24 Kundenbefragung_Zuggerät.docx