

# Feedback-Fax

Ihr Praxisstempel

An

OCU PRO® Augenärzte  
 Dr. med. Tyrntania / Dr. med. Schmidt  
 Kurhausstraße 20A  
 55543 Bad Kreuznach

**Telefax 0 67 1 / 920 484 11**

**Telefon 0 67 1 / 920 484 10**

## Vorstellung erfolgte aus folgendem Grund

- |  |  |                                      |
|--|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diagnostische Beurteilung | <input type="checkbox"/> OCT / <input type="checkbox"/> GDx / <input type="checkbox"/> FLA | <input type="checkbox"/> Pentacam    |
| <input type="checkbox"/> Grauer Star OP            | <input type="checkbox"/> Refraktive Linse  |                                      |
| <input type="checkbox"/> Intravitreale Injektion   |  |                                      |
| <input type="checkbox"/> Laser OP                  | <input type="checkbox"/> LASIK   | <input type="checkbox"/> YAG KT / IO |
|  | <input type="checkbox"/> SLT   | <input type="checkbox"/> Netzhaut    |

---

## Evaluation

	Sehr gut	gut	befriedigend	ausreichend	mangelhaft
Zeit zum Termin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wartezeit in Praxis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Resultat der Behandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zufriedenheit Patient	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihre Zufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>