



P A T I E N T - T E V R E D E N H E I D S O N D E R Z O E K .

ondergetekende: . . . . .

adres: . . . . .

woonplaats: . . . . .

waardeert hierbij met betrekking tot zijn ervaring met de  
Doctor Chiropractic

0 . . . . .

0 . . . . .

goed matig slecht

1.	het maken van afspraken	0	0	0
2.	de ondervonden behandeling	0	0	0
3.	de bereikbaarheid	0	0	0
4.	de inzet	0	0	0
5.	de kennis	0	0	0
6.	het begrip	0	0	0
7.	het verkrijgen van informatie	0	0	0
8.	inzicht in de kosten	0	0	0
9.	tevreden met de gang van zaken	0	0	0
10.	duidelijkheid t.a.v. klachten	0	0	0

en dat hij nog het volgende wil opmerken t.w.

11. :. . . . .  
 :. . . . .  
 :. . . . .  
 :. . . . .  
 :. . . . .

Aldus gedaan te . . . . . datum . . . . .

handtekening