

Ihr Erfahrungsbericht, Feedback und Bewertung Datum ____/____/____

Vielen Dank für Ihr Vertrauen! Ich freue mich, daß Sie mein/e Kunde/in sind. Sie sollen sich bei Hautnah jederzeit wohlfühlen, das ist mir besonders wichtig. Mit diesem Fragebogen möchte ich Ihnen die Gelegenheit geben, Ihr Feedback über die Behandlung, die Räumlichkeiten, Hygiene aber auch mögliche Kritik und Anregung zu äußern. Nur so kann ich meinen Service für Sie noch verbessern und individueller auf Ihre Wünsche eingehen. Sie können diesen Bogen **komplett anonym** oder **nur ein paar Informationen von sich** abgeben-wie es für Sie am angenehmsten ist. Den ausgefüllten Bogen können Sie einfach abgeben oder in den Briefkasten einwerfen. Ich freue mich über jedes Feedback! Punkt 7. Ihr persönlicher Erfahrungsbericht ist für Neukunden als Einblick besonders interessant. **Die Feedbacks werden auf meiner Internetseite unter Erfahrungsberichte veröffentlicht.**

Vielen Dank, daß Sie sich dafür die Zeit nehmen!

Vorname (oder anonym): _____ Geburtsjahr: _____

Hautnah Kunde/-in seid ca.: _____ Neukunde/-in: ____ seid wann?: _____

Wie sind Sie auf mich aufmerksam geworden? _____

Grund Ihres Termines bei Hautnah? (bitte ankreuzen, mehrfach Auswahl möglich)

- Entspannung
 Pflege
 Hautprobleme: Akne Narben Falten sonstiges: _____

IHRE BEWERTUNG 1= sehr schlecht :- (6= besser gehts nicht :-)

	1	2	3	4	5	6
1. Ihr 1.Eindruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sauberkeit & Hygiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Behandlungsangebot	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Beratung Behandlung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Beratung Hautpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Gibt es Kritikpunkte? Wenn ja welche? (bitte kurz beschrieben): _____

7. Ihr persönlicher Erfahrungsbericht (beschreiben Sie die Eindrücke/Behandlung als würden Sie diese Ihrer Freundin erzählen):
