



שאלון משוב למשתמש במכשיר WAND /STA

כמשתמש במכשיר ה STA/WAND נודה לך אם תקדיש מזמנך למלא שאלון זה למען שיפור השרות

תחומי העיסוק במרפאה: <u>לבו קליני (וי"צ יום)</u> תקופת שימוש: <u>שנה 1</u>		
שביעות רצון מההדרכה והחומר המסופק: <u>כן</u>		
קשיים ראשוניים בהטמעת המכשיר במרפאה: <u>כמעט לא</u>		
שיתוף פעולה של צוות הסיעות: <u>מצויין</u>		
רמת שביעות רצון הכללית: <input type="checkbox"/> מרובה מאוד <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> סביר <input type="checkbox"/> לא מרובה		
מידת שימושך במכשיר: <input checked="" type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> במקרים מיוחדים <input type="checkbox"/> מעט מאוד		
האם משך ההרדמה מספק: <input checked="" type="checkbox"/> תמיד <input type="checkbox"/> ברוב המקרים <input type="checkbox"/> לפעמים <input type="checkbox"/> לא מספק		
סוגי הרדמות ושביעות רצונך: <u>מצויין</u>		
PDL – מידת השימוש: <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש		
הערות: <u>כן לא היצלח</u>		
AMSA – Palatal – מידת השימוש: <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש		
הערות:		
PASA – Incisive – מידת השימוש: <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש		
הערות:		
באיזה מידה אתה מתרשם שיש שיפור תפוקת המרפאה כתוצאה משימוש במכשיר: <input checked="" type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> מעט מאוד <input type="checkbox"/> לא שיפר		
באיזה מידה הטכנולוגיה משפרת חרדות מטופלים: <input checked="" type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפר		
שיתוף הפעולה של ילדים בשימוש במכשיר: <input checked="" type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא משפר		
מהן תגובות המטופלים בטכניקת ההרדמה: <input checked="" type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפר		
האם המטופלים מעריכים את השקעתך בשיפור הרגשתם: <input checked="" type="checkbox"/> במידה רבה <input type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפר		
באיזה מידה תמליץ לחבר לרכוש את המכשיר: <input checked="" type="checkbox"/> במידה מרובה <input type="checkbox"/> ממליץ <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא אמליץ		
הערות כלליות: <u>המכשיר מאפשר הרדמה טובה יותר ופחות כאב</u>		
שם הלקוח: ד"ר <u>נסים רון</u>		
תאריך: <u>4/3/10</u>	כתובת: _____	טלפון: _____
	<u>הא-אק"ק</u>	



שאלון משוב למשתמש במכשיר WAND /STA

כמשתמש במכשיר ה STA/WAND נודה לך אם תקדיש מזמנך למלא שאלון זה למען שיפור השרות

תחומי העיסוק במרפאה : <u>לב</u>		תקופת שימוש : <u>11 שנים</u>
שביעות רצון מההדרכה והחומר המסופק : _____		
קשיים ראשוניים בהטמעת המכשיר במרפאה : _____		
שיתוף פעולה של צוות הסיעות : <u>נא</u>		
רמת שביעות רצונך הכללית : <input checked="" type="checkbox"/> מרובה מאוד <input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> סביר <input type="checkbox"/> לא מרובה		
מידת שימושך במכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> במקרים מיוחדים <input type="checkbox"/> מעט מאוד		
האם משך ההרדמה מספק : <input type="checkbox"/> תמיד <input checked="" type="checkbox"/> ברוב המקרים <input type="checkbox"/> לפעמים <input type="checkbox"/> לא מספק		
סוגי הרדמות ושביעות רצונך : _____		
PDL – מידת השימוש <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש		
הערות : _____		
AMSA Palatal – מידת השימוש <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש		
הערות : _____		
PASA Incisive – מידת השימוש <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש		
הערות : _____		
באיזה מידה אתה מתרשם שיש שיפור תפוקת המרפאה כתוצאה משימוש במכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> מעט מאוד <input type="checkbox"/> לא שיפר		
באיזה מידה הטכנולוגיה משפרת חרדות מטופלים : <input checked="" type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפר		
שיתוף הפעולה של ילדים בשימוש במכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא משפר		
מחן תגובות המטופלים בטכניקת ההרדמה : <input checked="" type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפר		
האם המטופלים מעריכים את השקעתך בשיפור הרגשתם : <input checked="" type="checkbox"/> במידה רבה <input type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפר		
באיזה מידה תמליץ לחבר לרכוש את המכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> במידה מרובה <input type="checkbox"/> ממליץ <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא אמליץ		
הערות כלליות : _____		
שם הלקוח : ד"ר <u>לי. 27107</u>		
כתובת : <u>לב</u>	תאריך : <u>4.3.10</u>	
טלפון : _____		



שאלון משוב למשתמש במכשיר WAND /STA

כמשתמש במכשיר ה STAWAND נודה לך אם תקדיש מזמנך למלא שאלון זה למען שיפור השרות

תחומי העיסוק במרפאה : <u>רפואה בדיש</u> תקופת שימוש : <u>3 שנה</u>		
שביעות רצון מההדרכה והחומר המסופק : <u>נחמד</u>		
קשיים ראשוניים בהטמעת המכשיר במרפאה : <u>אין</u>		
שיתוף פעולה של צוות הסיעות : <u>נחמד</u>		
רמת שביעות רצונך הכללית : <input checked="" type="checkbox"/> מרובה מאוד <input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> סביר <input type="checkbox"/> לא מרובה		
מידת שימושך במכשיר : <input type="checkbox"/> רבה מאוד <input checked="" type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> במקרים מיוחדים <input type="checkbox"/> מעט מאוד		
האם משך ההרדמה מספק : <input type="checkbox"/> תמיד <input checked="" type="checkbox"/> ברוב המקרים <input type="checkbox"/> לפעמים <input type="checkbox"/> לא מספק		
סוגי הרדמות ושביעות רצונך : <input checked="" type="checkbox"/> PDL - מידת השימוש <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש הערות:		
<input checked="" type="checkbox"/> AMSA - Palatal - מידת השימוש <input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input checked="" type="checkbox"/> לא משתמש הערות:		
<input checked="" type="checkbox"/> PASA - Incisive - מידת השימוש <input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input checked="" type="checkbox"/> לא משתמש הערות:		
באיזה מידה אתה מתרשם שיש שיפור תפוקת המרפאה כתוצאה משימוש במכשיר : <input type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input checked="" type="checkbox"/> מעט מאוד <input checked="" type="checkbox"/> לא שיפור		
באיזה מידה הטכנולוגיה משפרת חרדות מטופלים : <input checked="" type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפור		
שיתוף הפעולה של ילדים בשימוש במכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא משפר		
מהן תגובות המטופלים בטכניקת ההרדמה : <input checked="" type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפור		
האם המטופלים מעריכים את השקעתך בשיפור הרגשתם : <input checked="" type="checkbox"/> במידה רבה <input type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפור		
באיזה מידה תמליץ לחבר לרכוש את המכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> במידה מרובה <input type="checkbox"/> ממליץ <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא אמליץ הערות כלליות:		
שם הלקוח : ד"ר <u>גונן</u>	כתובת : <u>בני ברק 22</u>	תאריך : <u>4.3.10</u>
	<u>גיא</u>	טלפון : <u>0525919139</u>



שאלון משוב למשתמש במכשיר WAND / STA

כמשתמש במכשיר ה STA/WAND נודה לך אם תקדיש מזמנך למלא שאלון זה למען שיפור השרות

תחומי העיסוק במרפאה : <u>85</u> תקופת שימוש : _____		
שביעות רצון מההדרכה והחומר המסופק : _____		
קשיים ראשוניים בהטמעת המכשיר במרפאה : <u>כחלק</u>		
שיתוף פעולה של צוות הסיעות : <u>כן</u>		
רמת שביעות רצונך הכללית : <input type="checkbox"/> מרוצה מאוד <input checked="" type="checkbox"/> מרוצה <input type="checkbox"/> סביר <input type="checkbox"/> לא מרוצה		
מידת שימושך במכשיר : <input type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input checked="" type="checkbox"/> במקרים מיוחדים <input type="checkbox"/> מעט מאוד		
האם משך ההרדמה מספק : <input type="checkbox"/> תמיד <input checked="" type="checkbox"/> ברוב המקרים <input type="checkbox"/> לפעמים <input type="checkbox"/> לא מספק		
סוגי הרדמות ושביעות רצונך : _____		
PDL – מידת השימוש <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש הערות: _____		
AMSA Palatal – מידת השימוש <input type="checkbox"/> מרובה <input checked="" type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש הערות: _____		
PASA Incisive - מידת השימוש <input type="checkbox"/> מרובה <input checked="" type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש הערות: _____		
באיזה מידה אתה מתרשם שיש שיפור תפוקת המרפאה כתוצאה משימוש במכשיר : <input type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input checked="" type="checkbox"/> מעט מאוד <input type="checkbox"/> לא שיפור		
באיזה מידה הטכנולוגיה משפרת חרדות מטופלים : <input type="checkbox"/> משפר מאוד <input checked="" type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפור		
שיתוף הפעולה של ילדים בשימוש במכשיר : <input type="checkbox"/> משפר מאוד <input checked="" type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא משפר		
מהן תגובות המטופלים בטכניקת ההרדמה : <input type="checkbox"/> משפר מאוד <input checked="" type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפור		
האם המטופלים מעריכים את השקעתך בשיפור הרגשתם : <input type="checkbox"/> במידה רבה <input checked="" type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפור		
באיזה מידה תמליץ לחבר לרכוש את המכשיר : <input type="checkbox"/> במידה מרובה <input type="checkbox"/> ממליץ <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא אמליץ הערות כלליות: _____		
שם הלקוח : ד"ר <u>קציר</u>	כתובת: <u>רחוב סלמה 85</u>	תאריך: <u>4.3.18</u>
	<u>85</u>	טלפון: <u>054-790067</u>



שאלון משוב למשתמש במכשיר WAND /STA

כמשתמש במכשיר ה STA/WAND נודה לך אם תקדיש מזמנך למלא שאלון זה למען שיפור השרות

תחומי העיסוק במרפאה : <u>רמת סביר</u> תקופת שימוש : <u>p'3006</u>		
שביעות רצון מההדרכה והחומר המסופק : <u>210 זמן</u>		
קשיים ראשוניים בהטמעת המכשיר במרפאה : <u>אחראי מרכז רפואי / כונן (45°)</u>		
שיתוף פעולה של צוות הסיעות : _____		
רמת שביעות רצונך הכללית : <input checked="" type="checkbox"/> מרוצה מאוד <input type="checkbox"/> מרוצה <input type="checkbox"/> סביר <input type="checkbox"/> לא מרוצה		
מידת שימושך במכשיר : <input type="checkbox"/> רבה מאוד <input checked="" type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> במקרים מיוחדים <input type="checkbox"/> מעט מאוד		
האם משך ההרדמה מספק : <input type="checkbox"/> תמיד <input type="checkbox"/> ברוב המקרים <input type="checkbox"/> לפעמים <input type="checkbox"/> לא מספק		
סוגי הרדמות ושביעות רצונך : _____		
PDL - מידת השימוש : <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש הערות: _____		
AMSA Palatal - מידת השימוש : <input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input checked="" type="checkbox"/> לא משתמש הערות: _____		
PASA Incisive - מידת השימוש : <input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input checked="" type="checkbox"/> לא משתמש הערות: _____		
באיזה מידה אתה מתרשם שיש שיפור תפוקת המרפאה כתוצאה משימוש במכשיר : <input type="checkbox"/> רבה מאוד <input checked="" type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> מעט מאוד <input type="checkbox"/> לא שיפור		
באיזה מידה הטכנולוגיה משפרת חרדות מטופלים : <input type="checkbox"/> משפר מאוד <input checked="" type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפור		
שיתוף הפעולה של ילדים בשימוש במכשיר : <input type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא משפר		
מהן תגובות המטופלים בטכניקת ההרדמה : <input checked="" type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפור		
האם המטופלים מעריכים את השקעתך בשיפור הרגשתם : <input type="checkbox"/> במידה רבה <input checked="" type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפור		
באיזה מידה תמליץ לחבר לרכוש את המכשיר : <input type="checkbox"/> במידה מרובה <input checked="" type="checkbox"/> ממליץ <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא אמליץ הערות כלליות: _____		
שם הלקוח : ד"ר <u>לוי</u>	כתובת: <u>בסמולנסקי</u>	תאריך: <u>4/3/10</u>
	כחן ע"ק	טלפון: <u>0544744679</u>



שאלון משוב למשתמש במכשיר WAND / STA

כמשתמש במכשיר ה STA/WAND נודה לך אם תקדיש מזמנך למלא שאלון זה למען שיפור השרות

תחומי העיסוק במרפאה : <u>יכולת סניי אילצט</u> תקופת שימוש : <u>ל שנים</u>		
שביעות רצון מההדרכה והחומר המסופק : <u>13 נ</u>		
קשיים ראשוניים בהטמעת המכשיר במרפאה : <u>הכשרה קצרה</u>		
שיתוף פעולה של צוות הסיעות : <u>WAND</u>		
רמת שביעות רצון הכללית <input checked="" type="checkbox"/> מרובה מאוד <input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> סביר <input type="checkbox"/> לא מרובה		
מידת שימושך במכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> במקרים מיוחדים <input type="checkbox"/> מעט מאוד		
האם משך ההרדמה מספק : <input checked="" type="checkbox"/> תמיד <input type="checkbox"/> ברוב המקרים <input type="checkbox"/> לפעמים <input type="checkbox"/> לא מספק		
סוגי הרדמות ושביעות רצוןך :		
PDL - מידת השימוש <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש הערות:		
AMSA - Palatal - מידת השימוש <input type="checkbox"/> מרובה <input checked="" type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש הערות:		
PASA - Incisive - מידת השימוש <input type="checkbox"/> מרובה <input checked="" type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש הערות:		
באיזה מידה אתה מתרשם שיש שיפור תפוקת המרפאה כתוצאה משימוש במכשיר : <input type="checkbox"/> רבה מאוד <input checked="" type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> מעט מאוד <input type="checkbox"/> לא שיפור		
באיזה מידה הטכנולוגיה מפחיתה חרדות מטופלים : <input checked="" type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> מפחית <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא הפחית		
שיתוף הפעולה של ילדים בשימוש במכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא משפר		
מהן תגובות המטופלים בטכניקת הרדמה זו : <input checked="" type="checkbox"/> טובה מאוד <input type="checkbox"/> טובה <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא טובה		
האם המטופלים מעריכים את השקעתך בשיפור הרגשתם : <input checked="" type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפור		
באיזה מידה תמליץ לחבר לרכוש את המכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> אמליץ <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא אמליץ הערות כלליות:		
שם הלקוח : ד"ר <u>אילנה אשכנזי</u>	כתובת : <u>גבעת האונקול</u>	תאריך : <u>5.3.10</u>
	<u> </u>	טלפון : <u>54432607</u>



שאלון משוב למשתמש במכשיר WAND /STA

כמשתמש במכשיר ה STA/WAND נודה לך אם תקדיש מזמנך למלא שאלון זה למען שיפור השרות

תחומי העיסוק במרפאה : <u>כרמל טנין עילני</u> תקופת שימוש : <u>הרבה שנים לפני</u>		
שביעות רצון מההדרכה והחומר המסופק : <u>ע"י מסלול</u>		
קשיים ראשוניים בהטמעת המכשיר במרפאה : <u>כיוון של כמות</u>		
שיתוף פעולה של צוות הסיעות : _____		
רמת שביעות רצון הכללית : <input checked="" type="checkbox"/> מרוצה מאוד <input type="checkbox"/> מרוצה <input type="checkbox"/> סביר <input type="checkbox"/> לא מרוצה		
מידת שימושך במכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> במקרים מיוחדים <input type="checkbox"/> מעט מאוד		
האם משך ההרדמה מספק : <input type="checkbox"/> תמיד <input checked="" type="checkbox"/> ברוב המקרים <input type="checkbox"/> לפעמים <input type="checkbox"/> לא מספק		
סוגי הרדמות ושביעות רצוןך :		
PDL	- מידת השימוש	<input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש
הערות: _____		
AMSA	Palatal - מידת השימוש	<input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש
הערות: _____		
PASA	Incisive - מידת השימוש	<input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש
הערות: _____		
באיזה מידה אתה מתרשם שיש שיפור תפוקת המרפאה כתוצאה משימוש במכשיר : <input type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> מעט מאוד <input checked="" type="checkbox"/> לא שיפור		
באיזה מידה הטכנולוגיה מפחיתה חרדות מטופלים : <input checked="" type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> מפחית <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא הפחית		
שיתוף הפעולה של ילדים בשימוש במכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא משפר		
מהן תגובות המטופלים בטכניקת הרדמה זו : <input checked="" type="checkbox"/> טובה מאוד <input type="checkbox"/> טובה <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא טובה		
האם המטופלים מעריכים את השקעתך בשיפור הרגשתם : <input type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> לא בטוח <input checked="" type="checkbox"/> לא שיפור		
באיזה מידה תמליץ לחבר לרכוש את המכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> אמליץ <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא אמליץ		
הערות כלליות: _____		

שם הלקוח: ד"ר <u>עאדנה יוסף</u>	כתובת: <u>13/24</u>	תאריך: <u>5/3/2010</u>
<u>ע"י האום</u>	<u>כ"ג</u>	טלפון: <u>05277067</u>



שאלון משוב למשתמש במכשיר WAND /STA

כמשתמש במכשיר ה STA/WAND נודה לך אם תקדיש מזמנך למלא שאלון זה למען שיפור השרות

תחומי העיסוק במרפאה : <u>כרמל / אשדוד</u> תקופת שימוש : <u>חודשי</u>		
שביעות רצון מההדרכה והחומר המסופק : <u>אין בעיה</u>		
קשיים ראשוניים בהטמעת המכשיר במרפאה : <u>אין קשיים כלל - כנראה שזמן של חודשיים -</u>		
שיתוף פעולה של צוות הסיעות : _____		
רמת שביעות רצוןך הכללית : <input checked="" type="checkbox"/> מרובה מאוד <input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> סביר <input type="checkbox"/> לא מרובה		
מידת שימושך במכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> במקרים מיוחדים <input type="checkbox"/> מעט מאוד		
האם משך ההרדמה מספק : <input checked="" type="checkbox"/> תמיד <input type="checkbox"/> ברוב המקרים <input type="checkbox"/> לפעמים <input type="checkbox"/> לא מספק		
סוגי הרדמות ושביעות רצונך :		
<input checked="" type="checkbox"/> PDL הערות:	- מידת השימוש <input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש	
<input type="checkbox"/> AMSA הערות:	Palatal - מידת השימוש <input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input checked="" type="checkbox"/> לא משתמש	
<input type="checkbox"/> PASA הערות:	Incisive - מידת השימוש <input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input checked="" type="checkbox"/> לא משתמש	
באיזה מידה אתה מתרשם שיש שיפור תפוקת המרפאה כתוצאה משימוש במכשיר :		
<input type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> מעט מאוד <input type="checkbox"/> לא שיפור <u>לא רלוונטי</u>		
באיזה מידה הטכנולוגיה מפחיתה חרדות מטופלים : <input checked="" type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא הפחית		
שיתוף הפעולה של ילדים בשימוש במכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא משפר		
מהן תגובות המטופלים בטכניקת הרדמה זו : <input checked="" type="checkbox"/> טובה מאוד <input type="checkbox"/> טובה <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא טובה		
האם המטופלים מעריכים את השקעתך בשיפור הרגשתם : <input checked="" type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפר		
באיזה מידה תמליץ לחבר לרכוש את המכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> אמליץ <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא אמליץ		
הערות כלליות : _____		
שם הלקוח : ד"ר <u>מאיר זכור</u>	כתובת : <u>כרמל אשדוד</u>	תאריך : <u>5/10</u>
תלפון : <u>0523820313</u>	תלפון : <u>5295</u>	



שאלון משוב למשתמש במכשיר WAND /STA

כמשתמש במכשיר ה STA/WAND נודה לך אם תקדיש מזמנך למלא שאלון זה למען שיפור השרות

תחומי העיסוק במרפאה : <u>רפואת שיניים</u> תקופת שימוש : <u>א.ה. מאטאנוביג</u>		
שביעות רצון מההדרכה והחומר המסופק : <u>C/C</u>		
קשיים ראשוניים בהטמעת המכשיר במרפאה : _____		
שיתוף פעולה של צוות הסיעות : <u>א.ב.ב</u>		
רמת שביעות רצון הכללית: <input checked="" type="checkbox"/> מרוצה מאוד <input type="checkbox"/> מרוצה <input type="checkbox"/> סביר <input type="checkbox"/> לא מרוצה		
מידת שימושך במכשיר: <input checked="" type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> במקרים מיוחדים <input type="checkbox"/> מעט מאוד		
האם משך ההרדמה מספק: <input type="checkbox"/> תמיד <input checked="" type="checkbox"/> ברוב המקרים <input type="checkbox"/> לפעמים <input type="checkbox"/> לא מספק		
סוגי הרדמות ושביעות רצוןך:		
PDL - מידת השימוש <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש		
הערות: _____		
AMSA Palatal - מידת השימוש <input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input checked="" type="checkbox"/> לא משתמש		
הערות: _____		
PASA Incisive - מידת השימוש <input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input checked="" type="checkbox"/> לא משתמש		
הערות: _____		
באיזה מידה אתה מתרשם שיש שיפור תפוקת המרפאה כתוצאה משימוש במכשיר:		
<input type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> מעט מאוד <input type="checkbox"/> לא שיפור		
באיזה מידה הטכנולוגיה מפחיתה חרדות מטופלים: <input checked="" type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> מפחית <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא הפחית		
שיתוף הפעולה של ילדים בשימוש במכשיר: <input checked="" type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא משפר		
מהן תגובות המטופלים בטכניקת הרדמה זו: <input checked="" type="checkbox"/> טובה מאוד <input type="checkbox"/> טובה <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא טובה		
האם המטופלים מעריכים את השקעתך בשיפור הרגשתם: <input checked="" type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפור		
באיזה מידה תמליץ לחבר לרכוש את המכשיר: <input checked="" type="checkbox"/> אמליץ <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא אמליץ		
הערות כלליות: _____		

שם הלקוח: ד"ר <u>נאמני</u>	כתובת: <u>א.ב.ב</u>	תאריך: <u>5/3/16</u>
טלפון: <u>052525200</u>	<u>ג.ה.ל.ר.ק</u>	



שאלון משוב למשתמש במכשיר WAND /STA

כמשתמש במכשיר ה STA/WAND נודה לך אם תקדיש מזמנך למלא שאלון זה למען שיפור השרות

תחומי העיסוק במרפאה : <u>רפואת שיניים כללית</u> תקופת שימוש : <u>6 שנים</u>		
שביעות רצון מההדרכה והחומר המסופק : <u>לא</u>		
קשיים ראשוניים בהטמעת המכשיר במרפאה : <u>לא</u>		
שיתוף פעולה של צוות הסיעות : <u>כן</u>		
רמת שביעות רצון הכללית : <input checked="" type="checkbox"/> רוצה מאוד <input type="checkbox"/> מרצה <input type="checkbox"/> סביר <input type="checkbox"/> לא מרצה		
מידת שימושך במכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> במקרים מיוחדים <input type="checkbox"/> מעט מאוד		
האם משך ההרדמה מספק : <input checked="" type="checkbox"/> תמיד <input type="checkbox"/> ברוב המקרים <input type="checkbox"/> לפעמים <input type="checkbox"/> לא מספק		
סוגי הרדמות ושביעות רצונך :		
PDL - מידת השימוש : <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש הערות:		
AMSA - Palatal - מידת השימוש : <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש הערות:		
PASA - Incisive - מידת השימוש : <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש הערות:		
באיזה מידה אתה מתרשם שיש שיפור תפוקת המרפאה כתוצאה משימוש במכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> מעט מאוד <input type="checkbox"/> לא שיפר		
באיזה מידה הטכנולוגיה מפחיתה חרדות מטופלים : <input checked="" type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא הפחית		
שיתוף הפעולה של ילדים בשימוש במכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא משפר		
מהן תגובות המטופלים בטכניקת הרדמה זו : <input checked="" type="checkbox"/> טובה מאוד <input type="checkbox"/> טובה <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא טובה		
האם המטופלים מעריכים את השקעתך בשיפור הרגשתם : <input checked="" type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפר		
באיזה מידה תמליץ לחבר לרכוש את המכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> אמליץ <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא אמליץ הערות כלליות:		
שם הלקוח : ד"ר <u>דניאל פרידמן</u>	כתובת : <u>מרכז</u>	תאריך : <u>10/3/15</u>
		טלפון : <u>04-8344034</u>



שאלון משוב למשתמש במכשיר WAND / STA

כמשתמש במכשיר ה STA/WAND נודה לך אם תקדיש מזמנך למלא שאלון זה למען שיפור השרות

תחומי העיסוק במרפאה : <u>אסתטיקה</u> תקופת שימוש : <u>2018</u>		
שביעות רצון מההדרכה והחומר המסופק : <u>2018</u>		
קשיים ראשוניים בהטמעת המכשיר במרפאה : <u>אין קשיים ראשוניים</u>		
שיתוף פעולה של צוות הסיעות : <u>אין</u>		
רמת שביעות רצון הכללית : <input checked="" type="checkbox"/> מרוצה מאוד <input type="checkbox"/> מרוצה <input type="checkbox"/> סביר <input type="checkbox"/> לא מרוצה		
מידת שימושך במכשיר : <input type="checkbox"/> רבה מאוד <input checked="" type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> במקרים מיוחדים <input type="checkbox"/> מעט מאוד		
האם משך ההרדמה מספק : <input checked="" type="checkbox"/> תמיד <input type="checkbox"/> ברוב המקרים <input type="checkbox"/> לפעמים <input type="checkbox"/> לא מספק		
סוגי הרדמות ושביעות רצונך :		
PDL - מידת השימוש <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש הערות:		
AMSA Palatal - מידת השימוש <input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input checked="" type="checkbox"/> לא משתמש הערות:		
PASA Incisive - מידת השימוש <input type="checkbox"/> מרובה <input checked="" type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש הערות:		
באיזה מידה אתה מתרשם שיש שיפור תפוקת המרפאה כתוצאה משימוש במכשיר : <input type="checkbox"/> רבה מאוד <input checked="" type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> מעט מאוד <input type="checkbox"/> לא שיפר		
באיזה מידה הטכנולוגיה מפחיתה חרדות מטופלים : <input checked="" type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא הפחית		
שיתוף הפעולה של ילדים בשימוש במכשיר : <input type="checkbox"/> משפר מאוד <input checked="" type="checkbox"/> משפר <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא משפר		
מהן תגובות המטופלים בטכניקת הרדמה זו : <input type="checkbox"/> טובה מאוד <input checked="" type="checkbox"/> טובה <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא טובה		
האם המטופלים מעריכים את השקעתך בשיפור הרגשתם : <input type="checkbox"/> מאוד <input checked="" type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפר		
באיזה מידה תמליץ לחבר לרכוש את המכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> אמליץ <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא אמליץ הערות כלליות:		
<u>המטופלים נהנים מאוד מהשימוש במכשיר</u>		
<u>אין קשיים ראשוניים</u>		
שם הלקוח : ד"ר <u>ד"ר משה</u>	כתובת : <u>רחוב סני</u>	תאריך : <u>10.3.18</u>
<u>רחוב סני</u>	טלפון : <u>02-9961662</u>	



שאלון משוב למשתמש במכשיר WAND / STA

כמשתמש במכשיר ה STA/WAND נודה לך אם תקדיש מזמנך למלא שאלון זה למען שיפור השרות

תחומי העיסוק במרפאה : <u>כרמל תל אביב</u>		תקופת שימוש : <u>למדי</u>
שביעות רצון מההדרכה והחומר המסופק : <u>בטח כן</u>		
קשיים ראשוניים בהטמעת המכשיר במרפאה : <u>קנין אמילי + לא נלווה למידע</u>		
שיתוף פעולה של צוות הסיעות : <u>כן</u>		
רמת שביעות רצוןך הכללית: <input checked="" type="checkbox"/> מרובה מאוד <input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> סביר <input type="checkbox"/> לא מרובה		
מידת שימושך במכשיר : <input type="checkbox"/> רבה מאוד <input checked="" type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> במקרים מיוחדים <input type="checkbox"/> מעט מאוד		
האם משך ההרדמה מספק : <input checked="" type="checkbox"/> תמיד <input type="checkbox"/> ברוב המקרים <input type="checkbox"/> לפעמים <input type="checkbox"/> לא מספק		
סוגי הרדמות ושביעות רצונך :		
PDL	- מידת השימוש	<input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש
הערות:		
AMSA	Palatal - מידת השימוש	<input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input checked="" type="checkbox"/> לא משתמש
הערות:		
PASA	Incisive - מידת השימוש	<input type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input checked="" type="checkbox"/> לא משתמש
הערות:		
באיזה מידה אתה מתרשם שיש שיפור תפוקת המרפאה כתוצאה משימוש במכשיר :		
<input type="checkbox"/> רבה מאוד <input type="checkbox"/> רבה <input type="checkbox"/> מעט מאוד <input type="checkbox"/> לא שיפר		
באיזה מידה הטכנולוגיה מפחיתה חרדות מטופלים : <input checked="" type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> מפחית <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא הפחית		
שיתוף הפעולה של ילדים בשימוש במכשיר : <input type="checkbox"/> משפר מאוד <input type="checkbox"/> משפר <input checked="" type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא משפר		
מהן תגובות המטופלים בטכניקת הרדמה זו : <input checked="" type="checkbox"/> טובה מאוד <input type="checkbox"/> טובה <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא טובה		
האם המטופלים מעריכים את השקעתך בשיפור הרגשתם : <input checked="" type="checkbox"/> מאוד <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא שיפר		
באיזה מידה תמליץ לחבר לרכוש את המכשיר : <input checked="" type="checkbox"/> אמליץ <input type="checkbox"/> לא בטוח <input type="checkbox"/> לא אמליץ		
הערות כלליות :		
שם הלקוח: ד"ר <u>אלעד</u>	כתובת: <u>DVA 2271</u>	תאריך: _____
		טלפון: _____