



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) י"ב</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>קצת לא מוצא</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 מוצא לי עזרה רבה</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 שנה</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"/> 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 רצונך : <input checked="" type="checkbox"/> מידת השימוש <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש		
PDL - הערות:		
AMSA Palatal - מידת השימוש <input checked="" type="checkbox"/> מרובה <input type="checkbox"/> מידי פעם <input type="checkbox"/> לא משתמש		
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 שיפר		
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 : <u>04-6390742</u>	



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 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>רח' סלמה 75</u>	תאריך: <u>4.3.18</u>
	<u>85</u>	טלפון: <u>054-7900675</u>

