



BEWERTUNGSBOGEN

PRODUKTTEST BEWERTUNGSFORMULAR

Pflege-/Ärztliches Personal, Name:

Testzeitraum:

Welches Absaugsystem (Produkt und Artikelnummer) nutzen Sie derzeit?

Welches Absaugsystem (Produkt und Artikelnummer) wird getestet?

WIE ZUFRIEDEN SIND SIE MIT FOLGENDEN PRODUKTEIGENSCHAFTEN DES TESTPRODUKTS?

	Sehr zufrieden	Zufrieden	Weniger zufrieden	Unzufrieden
Absaugsystem				
Anschlüsse sind klar definiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohe Materialqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohe Reißfestigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konstante Saugleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subjektives Sicherheitsgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unkomplizierter Behälterwechsel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Befürworten Sie eine Umstellung? Ja Nein

Sollten Sie einer Umstellung widersprechen, nutzen Sie bitte das Kommentarfeld für eine kurze Erläuterung.

Anmerkungen/Kommentare:

Datum & Unterschrift (optional)

Ihre Meinung ist uns wichtig! Vielen Dank, dass Sie sich die Zeit genommen haben unsere Produkte zu testen.