

Ihre Meinung
ist uns wichtig!

Praxis

Datum

Patient

Art der Arbeit

Beurteilung der Arbeit (bitte ankreuzen):

Passung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Funktion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ästhetik/Farbe	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Konstruktion	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kontakte approximal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu stark	<input type="checkbox"/>	zu schwach
Kontakte okklusal	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zu stark	<input type="checkbox"/>	zu schwach
Patientenzufriedenheit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bemerkungen:

Labor/Praxis: