

Sehr geehrte Anwender der perimed® Produkte,

bitte widmen Sie der Teilnahme an dieser kleinen Umfrage wenige Minuten. Die von Ihnen gemachten Angaben dienen der stetigen Optimierung unserer Produkte. Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und nur für die von perimed® durchgeführte Umfrage verwendet.

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Welches Produkt setzen Sie zurzeit ein?

perimed® Puls® digital **perimed® mit Durchschlag** **perimed® ohne Durchschlag**

andere _____

Planen Sie eine Umstellung auf eine digitale Lösung? Was sollte das Programm beherrschen? _____

Ich habe folgenden Verbesserungsvorschlag: _____

Ich vermisse folgende Themen bei perimed®: _____

Bitte senden Sie mir Muster und eine Preisliste zu folgendem Fachgebiet: _____

Ich interessiere mich für die digitale Patientenaufklärungssoftware puls®

Wir verwenden folgendes KIS / PVS:

Anbieter (Firma) _____

Programmname: _____

Bitte kontaktieren Sie uns telefonisch

Bitte vereinbaren Sie einen Besuchstermin

.....

Titel	Name	Vorname	Position
-------	------	---------	----------

.....

Krankenhaus/Praxis/MVZ	E-Mail
------------------------	--------

.....

Strasse/Nr.	PLZ/Ort	Telefon
-------------	---------	---------

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.