

KISS Kontrollbogen

Name/Vorname/Geburtsdatum:

Bitte 6-8 Wochen nach Behandlung zurücksenden

Beschwerden vorher:

Was besserte sich oder verschwand nach der Behandlung ?

Wie viele Tage nach der Behandlung ?

Was ist unverändert oder nur wenig gebessert ?

Wie würden Sie die Behandlung auf der Skala von sehr gut (6) bis ungenügend (1) bewerten ?

Haben sie Fragen oder Bemerkungen ?

Vielen Dank für ihr Feedback welches für uns sehr wichtig ist !