

**Dla podnoszenia jakości i funkcjonalności naszych wyrobów prosimy o dokonanie oceny użytkowanego przez Państwa produktu i jego skuteczności.**

Będziemy wdzięczni za odesłanie wypełnionej ankiety (koperta wraz z adresem załączona jest do przesyłki)

Z wyrazami szacunku  
Zarząd Hevea

Nazwa używanego wyrobu / model .....

Od jakiego czasu korzystają Państwo z ocenianego wyrobów? .....

Czy **użytkownik** korzystał wcześniej z podobnego wyrobu? T N

Informacje o użytkowniku: płeć K M wiek .....

Miejsce stosowania wyrobu:

Szpital / ośrodek Dom Szkoła Inne .....

### Wyniki oceny

proszę postawić krzyżyk (X) w odpowiednich polach

Pytanie	TAK	NIE	Nie dotyczy	Uwagi
Czy Instrukcja użytkowania / etykieta była czytelna i przydatna?				
Czy zwiększyła się jakość życia i komfort użytkownika?				
Czy pojawiły się oznaki alergii?				
Czy powstały odleżyny / odparzenia?				
Czy w czasie użytkowania materaca pojawiły się potówki u użytkownika?				<u>Jeśli tak to jakie:</u> potówki zwykłe, czerwone
Czy między topperem / materacem a barierkami łóżka / ramą łóżka są wolne przestrzenie, szpary?_				
Czy materac / ochraniacz odpowiednio zabezpieczał przed wydzielinami / wydaliniami?				

Czy materac / poduszka zapewnił/a odpowiednie podparcie kręgosłupa?				
Czy w czasie użytkowania wyrobu pojawiły się cechy niepożądane lub uboczne?				Jeśli tak, to jakie?

**Ocena w skali 1 (ocena najniższa) do 5 (ocena najwyższa)** – proszę postawić krzyżyk (X) w odpowiednich polach

	1	2	3	4	5	NO*
Ogólna ocena Produktu						
Zgodność z opisem						
Obsługa Klienta						
Czas Wysyłki						
Koszt Wysyłki						

\*NO- nie oceniam

Komentarz.....  
 .....  
 .....

Data wypełnienia ankiety: .....