



Dokument ID:  
Revision Nr.:  
Gültig ab:

Dr. Schwab Gesellschaft für Technologieberatung mbH

## Fragebogen im Rahmen des Post Market Clinical Follow – Up (PMCF)

Im Rahmen der Qualitätssicherung und zur Bestätigung der Leistungsfähigkeit führen wir freiwillige Befragungen unter den Anwendern des Mikrostromgerätes MSTU 100 durch. Mit der Teilnahme an dieser Umfrage helfen Sie uns dabei das Produkt kontinuierlich zu verbessern.

### 1. Wie zufrieden sind Sie, ganzheitlich betrachtet, mit dem Produkt MSTU 100?

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| unzufrieden              | weniger<br>zufrieden     | weder noch               | zufrieden                | sehr zufrieden           |

### 2. Wie zufrieden sind Sie mit der Bedienung und Handhabung des MSTU 100?

- |                          |                          |                          |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| unzufrieden              | weniger<br>zufrieden     | weder noch               | zufrieden                | sehr zufrieden           |

### 3. Wie stufen Sie die Fertigungsqualität des MSTU 100 ein?

- |                          |                          |                                     |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| sehr geringe<br>Qualität | geringe Qualität         | weder hohe noch<br>geringe Qualität | hohe Qualität            | sehr hohe<br>Qualität    |

### 4. Wie beurteilen Sie die Behandlungserfolge mit dem MSTU 100?

- |                          |                          |                              |                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kein Erfolg              | geringer Erfolg          | durchschnittlicher<br>Erfolg | großer Erfolg            | sehr großer<br>Erfolg    |

5. Haben Sie bei der Anwendung Bedenken hinsichtlich der Sicherheit des Gerätes?

Nein

Ja

Falls JA, bitte spezifizieren Sie Ihre Bedenken

6. Ist es im Zuge einer Behandlung zu Komplikationen gekommen (z.B. Unverträglichkeit, Verschlechterung der Symptome, Unwohlsein o.Ä.)?

Nein

Ja

Falls JA, bitte spezifizieren Sie die Vorkommnisse

