



# Welcome to Dr. Smiles Dental Boutique!

We kindly ask you to fill out a short survey,  
so we may continue improving!

1. Whom may we thank for referring you?

---



2. How did you first hear about us?

- Social media
- Don't Remember
- Friend or Family member
- Other \_\_\_\_\_



3. What made you choose us as your dental provider?

*(Please check all that apply)*

- Quality of work
- The dentist
- Location
- Great atmosphere and service
- Friendly Staff
- Up to date technology in the office
- Price
- Other \_\_\_\_\_



4. How often do you make dental visits?

- Quarterly
- Only when I have pain
- Every 6 Months
- Other \_\_\_\_\_
- Yearly



5. What can we do to improve?

---



6. Would you recommend us to your family and friends?

- Yes
- No
- Maybe \_\_\_\_\_



## Dr.Smiles klinikasına xoş gəldiniz!

Xidmət səviyyəmizi artırmaq üçün aşağıdakı suallara cavab verməyinizi xahiş edirik

1. Bizi sizə kim tövsiyyə edib?

---

• • • • • • • • • •

2. Bizim haqqımızda ilk dəfə məlumatı haradan aldınız?

- Sosial mediadan  Xatırlamıram  
 Dostum və ya ailə üzvlərindən  Başqa mənbədən \_\_\_\_\_



3. Bizi hansı keyfiyyətlərə görə seçdiniz?

(Müvafiq punktları seçin)

- İşin keyfiyyəti  Stomatoloq  
 Klinikanın yerləşimi  Klinikanın daxili mühiti və xidməti  
 İşçi heyətinin davranışı  Müasir texnologiya  
 Qiymət  Başqa \_\_\_\_\_



4. Stomatoloqa nə vaxt müraciət edirsiniz?

- Hər dörd aydan bir  Diş ağrısı olduqda  
 Hər altı aydan bir  Başqa \_\_\_\_\_  
 İldə bir dəfə



5. Klinikamızda nəyi inkişaf etdirməyə ehtiyac var?

---

• • • • • • • • • •

6. Ailə üzvlərinizə və dostlarınıza bizi tövsiyyə edəcəksinizmi?

- Bəli  Xeyr  Ola bilər \_\_\_\_\_



# Welcome to Dr. Smiles Dental Boutique!

We kindly ask you to fill out a short survey,  
so we may continue improving!

1. Whom may we thank for referring you?

---

• • • • • • • • • •

2. How did you first hear about us?

- Social media
- Friend or Family member
- Don't Remember
- Other \_\_\_\_\_

• • • • • • • • • •

3. What made you choose us as your dental provider?

*(Please check all that apply)*

- Quality of work
- Location
- Friendly Staff
- Price
- The dentist
- Great atmosphere and service
- Up to date technology in the office
- Other \_\_\_\_\_

• • • • • • • • • •

4. How often do you make dental visits?

- Quarterly
- Every 6 Months
- Yearly
- Only when I have pain
- Other \_\_\_\_\_

• • • • • • • • • •

5. What can we do to improve?

---

• • • • • • • • • •

6. Would you recommend us to your family and friends?

- Yes
- No
- Maybe \_\_\_\_\_



## Dr.Smiles klinikasına xoş gəldiniz!

Xidmət səviyyəmizi artırmaq üçün aşağıdakı suallara cavab verməyinizi xahiş edirik

### 1. Bizi sizə kim tövsiyyə edib?

• • • • • • • • •

### 2. Bizim haqqımızda ilk dəfə məlumatı haradan aldınız?

- Sosial mediadan  Xatırlamıram  
 Dostum və ya ailə üzvlərindən  Başqa mənbədən \_\_\_\_\_

• • • • • • • • •

### 3. Bizi hansı keyfiyyətlərə görə seçdiniz?

(Müvafiq punktları seçin)

- İşin keyfiyyəti  Stomatoloq  
 Klinikanın yerləşimi  Klinikanın daxili mühiti və xidməti  
 İşçi heyətinin davranışı  Müasir texnologiya  
 Qiymət  Başqa \_\_\_\_\_

• • • • • • • • •

### 4. Stomatoloqa nə vaxt müraciət edirsiniz?

- Hər dörd aydan bir  Diş ağrısı olduqda  
 Hər altı aydan bir  Başqa \_\_\_\_\_  
 İldə bir dəfə

• • • • • • • • •

### 5. Klinikamızda nəyi inkişaf etdirməyə ehtiyac var?

• • • • • • • • •

### 6. Ailə üzvlərinizə və dostlarınıza bizi tövsiyyə edəcəksinizmi?

- Bəli  Xeyr  Ola bilər \_\_\_\_\_