



## Fragebogen Patienten-TV/Kühlschränke

*Nicht zutreffendes bitte streichen und Leerfelder ausfüllen!*

### Patienten-TV

- Wo sollen die Flachbild-TVs installiert werden?  
 Mehrbettzimmer                       Einzelzimmer
- Welche Mietvertragslaufzeit wünschen Sie?  
 48 Monate                       54 Monate                       60 Monate
- Bitte geben Sie uns in der untenstehenden Tabelle die benötigten Stückzahlen und Größe der Flachbild-TVs an, die Sie in den Zimmern wünschen? (z.B. 32 Zimmer mit 32 Zoll in 1-Bett-Zimmern und 129 Zimmer mit 43 Zoll in 2-Bett-Zimmern etc!), 1 Zoll entspricht 2,54cm.

	1 Bett Zimmer	2 Bett Zimmer	3 Bett Zimmer
_____ Zoll			
_____ Zoll			

- Welche Art der Wandhalterungen wird gewünscht? (starr, schwenkbar, neigbar, schwenkbar und neigbar)  
\_\_\_\_\_
- Soll der TV-Ton offen oder geschlossen in den Patientenzimmern übertragen werden?  
\_\_\_\_\_
- Wie weit sind Antennen- und/Stromanschluss vom geplanten Standort des Flachbild-TVs auf den Patientenzimmern auseinander (**Angabe bitte in Zentimetern**)?  
\_\_\_\_\_
- Wünschen Sie einfache Fernbedienungen, die nur mit den Funktionen an/aus, laut/leise, Programm weiter/zurück ausgestattet sind (*geeignet für ältere Menschen und Menschen mit einer Sehschwäche*)?  
\_\_\_\_\_
- Über welche digitale Antennenanlage verfügt Ihre Klinik? (Kabel, SAT?)  
\_\_\_\_\_

### Kühlschränke

- Wie viel Kühlschränke benötigt Ihre Klinik? \_\_\_\_\_
- Sollen die Kühlschränke mit oder ohne Gefrierfach ausgestattet sein? \_\_\_\_\_
- Sollen die Kühlschränke in weiß oder Edelstahloptik sein? \_\_\_\_\_
- Welche Mietvertragslaufzeit wünschen Sie?  
 48 Monate                       54 Monate                       60 Monate
- Benötigen die Kühlschränke ein externes Kühlschrankschloss mit Passwort-/key zum öffnen? \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie uns diesen Fragebogen ausgefüllt ggf. mit weiteren Informationen oder Wünsche Ihrerseits zurück auf einem separaten Beiblatt an

**Agentur Ginders, Reichenbachstr. 7, 47441 Moers**

oder per E-Mail an

**info@agentur-ginders.de**

Bitte nennen Sie uns einen Ansprechpartner incl. Kontaktdaten in Ihrer Klinik, den wir bei Rückfragen ansprechen können.

---

---