

SAGEN SIE UNS IHRE MEINUNG

(MEINUNGSBOGEN)

Helfen Sie uns, die Leistungen für unsere Patientinnen und Patienten zu verbessern. Es ist uns ein Anliegen Ihre Meinung schriftlich festzuhalten. Das ausgefüllte Formular können Sie an eine / n Mitarbeiter / in weitergeben oder in die Meinungsbox an der Rezeption einwerfen. Dies ist auch anonym möglich.

PATIENT **ANGEHÖRIGER**

.....
Name, Vorname

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

.....
Abteilung, Station

.....
Voraussichtlicher Entlassetermin

IHRE MEINUNG / ANREGUNG / BESCHWERDE / LOB

WÜNSCHE RÜCKMELDUNG

JA **NEIN**

IM AUFTRAG AUSGEFÜLLT

TELEFON **PERSÖNLICH**

.....
Datum / Unterschrift

.....
Datum / Unterschrift

DIESE SEITE WIRD VOM PERSONAL AUSGEFÜLLT

WIRD VOM BESCHWERDEMANAGER AUSGEFÜLLT

Eingang des Meinungsbogens

zurück bis spätestens

WEITERGELEITET AN

Technik

Pflegedienstleitung

Kfm. Direktor

HWL

Ärztliche Leitung

Küchenleitung

.....

ABTEILUNG

persönlich

telefonisch

schriftlich

Bogen erhalten am

zurück bis spätestens

Maßnahmen	verantwortlich	erledigt am

HABEN DIE MASSNAHMEN ZU EINER STEIGERUNG DER PATIENTENZUFRIEDENHEIT GEFÜHRT?

JA

eine Beurteilung ist nicht möglich

NEIN

Beschwerde / Vorschlag / Lob wurde abschließend bearbeitet.

.....
Datum / Unterschrift Abteilungsleitung