

IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG!

FEEDBACKMANAGEMENT

Ihr Anliegen, Ihre Meinung, Ihr Lob, Ihre Anregung oder Ihre Beschwerde helfen uns, Ihre Wünsche und Erwartungen besser zu verstehen und Veränderungen anzustoßen.

Im Voraus vielen Dank!

Sie sind: Patient Angehöriger / Besucher Mitarbeiter Einweiser Andere

Fachabteilung / Zentrum: _____

Station: _____ **Datum:** _____

IHR(E) **ANREGUNG** **BESCHWERDE** **LOB**

Diese Angaben sind freiwillig (Rückmeldung erwünscht)

Vorname / Nachname: _____

Straße / Haus-Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon / E-Mail: _____