

Lfd.-Nr.:  
(MM/Nr.)

## ANREGUNGEN, WÜNSCHE, LOB, KRITIK

Sehr geehrte Patienten und Angehörige,

um unsere Leistungen für Sie zu verbessern sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen. Helfen Sie uns, indem Sie in den folgenden Feldern Anregungen, Wünsche, Lob, Kritik, etc. zu Papier bringen. Schreiben Sie auf, was Sie gut oder auch weniger gut finden. Das ausgefüllte Formular können Sie unseren Mitarbeitern zurück geben bzw. in die Briefkästen am Empfang oder auf Station einwerfen. Die Angaben zur Person sind selbstverständlich freiwillig.

### WAS IST GUT?

.....

---

---

### WAS IST NICHT GUT?

.....

---

---

### WÜNSCHE

.....

---

---

### VERBESSERUNGSVORSCHLÄGE

.....

---

---

### ANGABEN ZUR PERSON (FREIWILLIG)

.....

Patient    Angehöriger    Sonstiger

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Station \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Zimmernummer \_\_\_\_\_

Entlasstermin \_\_\_\_\_

Innere Medizin    Chirurgie    Orthopädie    Neurologie    Psychiatrie

Psychosomatik    Geriatrie    Sonstige: \_\_\_\_\_

## Diese Seite wird von Mitarbeitern ausgefüllt!

Eingang des Bogens am \_\_\_\_\_

Weitergeleitet an

- |                                      |                                    |  |                          |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> GF          | <input type="checkbox"/> PDL       | <input type="checkbox"/> AL Pat. Service | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> CA          | <input type="checkbox"/> BL Pflege | <input type="checkbox"/> AL Küche        | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Ärztl. Dir. | <input type="checkbox"/> Stat.Itg. | <input type="checkbox"/> AL Technik      | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Arzt        | <input type="checkbox"/> HWL       | <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/> |
- Nur zur Kenntnisnahme (keine Rückmeldung)
- Rückmeldung bis spätestens \_\_\_\_\_

## ABTEILUNG

Bogen erhalten am \_\_\_\_\_

Rückmeldung an Patienten am \_\_\_\_\_

- persönlich    telefonisch    schriftlich

Maßnahmen	Verantwortlich	Erledigt bis	Erledigt am

Haben die Maßnahmen zu einer Steigerung der Patientenzufriedenheit geführt?

- Ja    Nein    Eine Beurteilung ist nicht möglich

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift AL \_\_\_\_\_