Beschwerden, Anregungen, Wünsche

Wir wissen um unsere Verantwortung, deshalb möchten wir unseren Patienten die bestmögliche Behandlung und einen umfangreichen Service bieten. Daher möchten wir Sie darum bitten, unsere Dienstleistungen zu beurteilen.

Sagen Sie uns, was wir verbessern sollten!

Patientenname: _____ Datum :_____

Beschwerdeführer

Name: _____

Telefon: _____

Anschrift: _____

Email: _____

Dok.-Nr. 14549 | Gültig bis: 08.11.2024

Beschwerden, Anregungen, Wünsche:

(Bei Beschwerden, bitte Datum und Uhrzeit des Vorfalls angeben)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Bitte geben Sie den Beschwerdebogen bei den Kolleginnen an der Anmeldung ab

Vielen Dank!

Diese Seite wird von den Mitarbeitern des Beschwerdemanagements ausgefüllt!

Lfd. Nummer: _____

Zur Bearbeitung weitergeleitet an (Name): _____	**Datum:**
Rückmeldung der verantwortlichen Fachkraft (Name): _____	**Datum:**
Wirksamkeit der Maßnahme überprüfen	**Überprüfung am:**
Maßnahme in Ordnung? ☺ ja ☹ nein *(Prozess beginnt von vorn)*	
Beschwerdeführer zufrieden? ☺ ja ☹ nein *(Prozess beginnt von vorn)*	

_____

Datum, Unterschrift **Mitarbeiter Beschwerdemanagement**

Dok.-Nr. 14549 | Gültig bis: 08.11.2024