



## Ihr Anliegen:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Ihre Angaben sind freiwillig und werden nur zum Zweck der Bearbeitung Ihres Anliegens verwendet. Die Daten werden nach Zweckerreichung, das ist üblicherweise der Abschluss der Bearbeitung, unverzüglich gelöscht.

## Ihr Kontakt zum Qualitäts- und Beschwerdemanagement

Name \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Patient  Angehöriger



Wenn Sie eine Rückmeldung von uns erhalten möchten, geben Sie bitte Ihre Kontaktdaten mit an.

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Handy \_\_\_\_\_

Schweigepflichtentbindung liegt vor:  ja

Name Patient \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_

\* Benötigen wir zusätzlich um Verwechslungen zu vermeiden.

Abteilung \_\_\_\_\_ Bereich \_\_\_\_\_ Station \_\_\_\_\_