ASKLEPIOS
KLINIK WEIßENFELS

IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG.

Ihr Lob:

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 _____