

Ihre Meinung ist uns wichtig – Lob und Kritik

Wir möchten uns kontinuierlich verbessern und bitten Sie dabei um Ihre Unterstützung. Dieses Formular ermöglicht Ihnen, uns Ihr Lob, aber auch Ihre Unzufriedenheit über unsere Leistungen im Gemeinschaftsklinikum Mittelrhein, mitzuteilen. Um Ihre Rückmeldung schnellstmöglich bearbeiten zu können, benötigen wir die folgenden Angaben. Vielen Dank!

- Sie sind/waren Patient/in Sie sind Angehörige/r
 stationär (Station: _____) ambulant

zusätzliche Angabe:

- Darmkrebszentrum Gefäßzentrum Brustkrebszentrum
 Traumazentrum Chest Pain Unit

Ja, ich möchte über den weiteren Verlauf meines Lobes/meiner Kritik informiert werden und hinterlasse aus diesem Grund nachfolgend meinen Namen sowie meine Adresse (bitte aus datenschutzrechtlichen Gründen keine E-Mail Adresse angeben!) und bin mit einer Kontaktaufnahme einverstanden (nur gültig mit Unterschrift!).

Name, Vorname

Straße

PLZ, Ort

Unterschrift Vor- und Zuname

Sachverhalt:

Datum:

(ggf. Rückseite verwenden)

- Ja, ich möchte, dass die Patientenführerin/
der Patientenführer über den Vorgang informiert
wird.

Eingangsstempel:

.....
Wird vom Krankenhaus ausgefüllt:

Sachbearbeiter: _____

Info/Kopie an: _____

- zur Kenntnisnahme
 Stellungnahme
 Sonstiges _____