Ihre Meinung ist uns wichtig.

Wir wollen durch Ihre Meinung, Ihre Anregung, Ihre Beschwerde oder Ihr Lob die Leistungen für unsere Patienten verbessern. Darum ist es uns wichtig, dass Ihre Meinung schriftlich festgehalten und das ausgefüllte Formular in einen der dafür bereitgestellten Briefkästen eingeworfen wird. Die Briefkästen befinden sich auf den Etagen der Pflegebereiche und im Bereich der Patientenaufnahme.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

☐ Ich bin Patient/in ☐ Angehörige/r ☐ Besucher/in

☐ Abteilung/Station: _____ ☐ Brustzentrum Ostsachsen Standort: ☐ EB ☐ ZI

Der Aufenthalt betrifft den Zeitraum vom: _____ bis: _____

Freiwillige Angaben zu Ihrer Person

Name: _____ Tel.: _____

Adresse: _____

Ihre Meinung, Ihre Anregung, Ihre Beschwerde, Ihr Lob

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Platz zur weiteren Ausführung auf der Rückseite

Datum: _____

(Wird vom Klinikum ausgefüllt.) Nr.: weitergeleitet von/an/am/: