

## Ihre Meinung ist uns wichtig!

Meine Änderungs- oder Verbesserungsvorschläge:

---

---

---

---

---

---

---

---

### BESCHWERDE

Bitte nur im Fall einer Beschwerde ausfüllen.

Schilderung der Beschwerde: \_\_\_\_\_

---

---

---

Wie lange besteht das Problem bereits? \_\_\_\_\_

---

---

---

**Betrifft den Bereich:**

- Verwaltung
- Arzt
- Anästhesie
- OP
- Station / Pflege
- \_\_\_\_\_

**Rückmeldung erwünscht:** Ja  Nein

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

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_