



## Geben Sie uns die Chance, aus Ihren Erfahrungen und Ihrem Urteil zu lernen.

Ihre Gesundheit und Ihr Wohlbefinden haben für uns höchste Priorität. Ihnen den Aufenthalt in unserer Klinik so angenehm wie möglich zu gestalten, ist unser Ziel.

Wir wissen aber auch, dass es manchmal nicht so abläuft, wie es sein sollte. Darum strengen wir uns an, noch besser zu werden. Bitte helfen Sie uns dabei.

Teilen Sie uns bitte mit, wenn Sie etwas geärgert hat. Über Verbesserungsvorschläge freuen wir uns ganz besonders, auch dann, wenn Sie im Ganzen zufrieden waren. Es darf aber auch gern ein Lob dabei sein.

Wir werden Ihr Anliegen auf jeden Fall mit voller Aufmerksamkeit bearbeiten und Ihnen, wenn Sie es wünschen, eine Rückmeldung über unser weiteres Vorgehen geben.

**Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**



## PERSÖNLICHE ANGABEN (FREIWILLIG):

### Ich bin

- Patient
- Angehöriger
- Besucher
- Mitarbeiter

### Ich wurde

- ambulant
- stationär

### behandelt.

### Fachabteilung:

- Dermatologie
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Plastische & Ästhetische Chirurgie
- Internistische Onkologie

### Behandlungszeitraum:

\_\_\_\_\_

## WANN HABEN SIE DIE RÜCKMELDUNG GEGEBEN?

Datum \_\_\_\_\_

## WENN SIE VON UNS EINE RÜCKMELDUNG WÜNSCHEN, BITTE AUSFÜLLEN:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

