Klinikum Schloß Winnenden

Geschäftsleitung
Qualitätsmanagement
Beschwerdestelle

Beschwerde / Anregung / Lob

Name : _____ Datum: _____

Vorname: _____

☐ Patient auf Station _____

☐ Angehöriger ☐ Betreuer ☐ Besucher ☐ Sonstiges

Inhalt der Beschwerde /Anregung /Lob:

Beschwerde/Anregung /Lob wurde ohne ☐ mit Unterstützung des Lotsen gestellt.

Herr / Frau :_____

Telefon:_____

_____ _____

Unterschrift des Beschwerdesenders Unterschrift des Lotsen