Formblatt für Anregungen und Hinweise von Patienten und Angehörigen

Datum: _____

Allgemeine Daten

Ihr Name: _____

Kontaktdaten: _____

_____

Sind Sie Patient? ○ Ja ○ Nein

Welche Einrichtung/ Klinik/ Abteilung/ Station betrifft Ihre Anregung/ Ihr Hinweis?

_____

Zeitraum? _____

Auf welchen Prozess/ Bereich bezieht sich Ihre Anregung/ Ihr Hinweis?

- ○ Aufnahme
- ○ Wartezeit
- ○ Diagnostik
- ○ Behandlungsablauf
- ○ Stationsaufenthalt (allgemein)
- ○ Kommunikation mit Arzt/ Pflegepersonal/ andere Berufsgruppe
- ○ Hygiene
- ○ Reinigung
- ○ Verpflegung
- ○ OP-Planung
- ○ Entlassung
- ○ Sonstiges

Bitte erläutern Sie Ihre Anregung/ Ihren Hinweis detaillierter - Beschreibung der Situation:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Stellungnahme/ Rückmeldung gewünscht? ○ Ja ○ Nein
(Wenn ja, bitte oben Kontaktdaten angeben)

Ausgefüllten Bogen bitte per Hauspost an die Stabsstelle Qualitätsmanagement schicken. Danke!

DMS | Lenkungsinformation unter Dok.-Nr. 21196 | Version 1 | Freigeben am 23.06.2021 | Nächste Überarbeitung: 23.06.2022 | Seite 1 von 1