

## 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/Ihren Hinweis?

\_\_\_\_\_

Zeitraum? \_\_\_\_\_

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

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Aufnahme                       | <input type="radio"/> Hygiene/Reinigung |
| <input type="radio"/> Wartezeit                      | <input type="radio"/> Verpflegung       |
| <input type="radio"/> Diagnostik                     | <input type="radio"/> OP-Planung        |
| <input type="radio"/> Behandlungsablauf              | <input type="radio"/> Entlassung        |
| <input type="radio"/> Stationsaufenthalt (allgemein) | <input type="radio"/> Sonstiges:        |
| <input type="radio"/> Pflegepersonal: (Name) _____   |   |
| <input type="radio"/> Arzt: (Name) _____             |   |
| <input type="radio"/> Kommunikation mit:             |   |
| ▪ Arzt: (Name) _____                                 |   |
| ▪ Pflegepersonal: (Name) _____                       |   |

**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!