

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?

- | | |
|---|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> Aufnahme | <input type="radio"/> Hygiene |
| <input type="radio"/> Wartezeit | <input type="radio"/> Reinigung |
| <input type="radio"/> Diagnostik | <input type="radio"/> Verpflegung |
| <input type="radio"/> Behandlungsablauf | <input type="radio"/> OP-Planung |
| <input type="radio"/> Stationsaufenthalt (allgemein) | <input type="radio"/> Entlassung |
| <input type="radio"/> Kommunikation mit Arzt/
Pflegepersonal/ andere
Berufsgruppe | <input type="radio"/> 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!