



LOB UND BESCHWERDE

Wir hören Ihnen zu!

Ihre Zufriedenheit ist uns wichtig. Geben Sie uns die Chance, aus Ihren Erfahrungen und Ihrem Urteil zu lernen. Sie können dieses Formular nutzen, um uns mitzuteilen, was Sie bei uns gestört oder verärgert hat. Über Ideen zur Verbesserung freuen wir uns ganz besonders, es darf auch gerne ein Lob dabei sein.

Bitte übergeben Sie das ausgefüllte Formular dem Klinikpersonal oder werfen Sie es in den nächsten Briefkasten. Wir nehmen uns Ihrer Sache an.

Wir bedanken uns herzlich, dass Sie uns Ihre Meinung mitteilen!

Bitte sagen Sie uns, wer Sie sind (Zutreffendes ankreuzen):

- Patient*in Angehörige*r Besucher*in Mitarbeiter*in
- Ich war / bin: auf der Station in der Ambulanz in der Tagesklinik

Klinik / Station / Ambulanz (bitte unbedingt angeben):

Freiwillige Angaben zu Ihrer Person

Ihre Angaben werden zu Bearbeitungszwecken elektronisch gespeichert. Wenn Sie anonym bleiben möchten, machen Sie hier keine Angaben. Allerdings können wir Ihnen dann nicht persönlich antworten.

Ihr Name:

Ihre Telefonnummer:

Ihre Anschrift:

Name und Geburtsdatum des Patienten:

Hier können Sie uns Ihr Anliegen mitteilen:

..... Datum:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

↑ Hier anfeuchten und zukleben ↓

↑ Hier anfeuchten und zukleben ↓

↑ Hier anfeuchten und zukleben ↓

↑ Hier anfeuchten und zukleben ↓

LOB UND BESCHWERDE

Wir hören Ihnen zu!

Ihre Zufriedenheit ist uns wichtig. Geben Sie uns Ihre Chancen, aus Ihren Erfahrungen und Ihrem Urteil zu lernen. Sie können unsere Prozesse stärken, wenn wir mangelnde, was Sie dazu sagt, geändert oder verlängert. Oder können zur Verbesserung beitragen. Bitte geben Sie das Formular mit oder ohne Mitarbeiterin oder Mitarbeiter ab oder werfen Sie es in den nächsten Briefkasten. Wir freuen uns über Ihre Sicht.

Wir danken uns herzlich, dass Sie uns Ihre Meinung mitteilen!

Bitte sagen Sie uns, wer Sie sind (Bitte nicht mitbringen, bitte verpacken!)

Patient*in Angehörige*r Besucher*in Mitarbeiter*in

Ich war/bin: auf der Station in der Ambulanz in der Tagesklinik

Klinik / Station / Ambulanz (bitte unbedingt angeben):

Freiwillige Angaben zu Ihrer Person

Ihre Angaben werden zu Bearbeitungs Zwecken elektronisch gespeichert. Wenn Sie anonym bleiben wollen, können Sie diese Angaben weglassen. Allerdings können wir Ihnen dann nicht persönlich antworten.

Ihr Name: _____ Ihre Telefonnummer: _____

Ihre Anschrift: _____

Name und Geburtsdatum des Patienten: _____

Hier können Sie uns Ihr Anliegen mitteilen: _____ Datum: _____

UNIVERSITÄTSKLINIKUM ULM Krankenhausstand | Staatliche Qualität- und Risikomanagement
Albert-Einstein-Allee 11, 89076 Ulm | +49 7141 808-1234 | +49 7141 808-1235
www.uniklinik-ulm.de | www.uniklinik-ulm.de/risik

Faltanleitung

1. Gummierung an beiden Außenseiten anfeuchten.
2. Oberes Drittel einklappen und andrücken.
3. Unteres Drittel einklappen und zudrücken.

Gebühr
zahlt
Empfänger

ANTWORT

Universitätsklinikum Ulm
Stabsstelle Qualitäts- und Risikomanagement
Albert-Einstein-Allee 29
89081 Ulm