

**LOB &
KRITIK**



Ihre Meinung

Ihre Anliegen

*Ihr Lob
an uns*

Ihr Lob:

Ihre Kritik/Ihr Anliegen:

Ihre Angaben sind freiwillig und werden nur zum Zweck der Bearbeitung Ihres Anliegens verwendet. Die Daten werden nach Zweck-
erreichung, das ist üblicherweise der Abschluss der Bearbeitung, unverzüglich gelöscht.
Weitere Auskünfte zum Thema Datenschutz finden Sie auf dem beiliegenden Informationsblatt oder unter:

Ihr Kontakt zum Qualitäts- und Beschwerdemanagement

Name: Liane Wolfin
Telefon: 0 36 428 - 56 1183
E-Mail: beschwerdemanagement.stadtroda@asklepios.com

Ich bin:

Patient
 Angehöriger Schweigepflichtentbindung/Vollmacht liegt vor: ja nein

Wenn Sie eine Rückmeldung von uns erhalten möchten, geben Sie bitte Ihre Kontaktdaten mit an.

Vorname, Name: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon/Handy: _____

Name Patient: _____

Geburtsdatum*: _____

* Benötigen wir zusätzlich, um Verwechslungen zu vermeiden.

Abteilung _____ Bereich _____ Station _____