

Meinungsformular - Beschwerdeerfassung

1.) Anliegen

Beschwerde Lob Verbesserungsvorschlag

2.) Personalien *(Freiwillige Angabe)*

Name: _____

Straße: _____

Ort: _____

PLZ: _____

Tel: _____

Email: _____

3.) Personenkreis

Patient/in Angehöriger Gast Mitarbeiter Niedergelassener Arzt
 Krankenkasse Externer Dienstleister Sonstige: _____

4.) Information zur Beschwerdeübermittlung

Datum, Uhrzeit: _____

Station/Abt./Praxis MVZ: _____

5.) Beschreibung des Inhalts und der genauen Umstände des Anliegens:
