cusanus
trägergesellschaft
trier mbH

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Verbundkrankenhaus
Bernkastel / Wittlich

Vielen Dank für Ihre offene Meinung, Anregung oder Kritik! Sie hilft uns dabei, unsere Leistungen für Sie zu verbessern. Bitte nennen Sie uns die betreffende Abteilung / Station / Ambulanz und den Krankenhaus-Namen, damit wir den Sachverhalt richtig zuordnen können. Das ausgefüllte Formular können Sie in den Briefkasten an der Pforte einwerfen oder einem unserer Mitarbeiter übergeben. (Die Rückseite wird von unserem Beschwerdemanagement ausgefüllt.)

Angaben zur Person (* freiwillig):

Name *:

Adresse* :

Abteilung / Station / Ambulanz:

Cusanus KH ☐ **St. Elisabeth KH:** ☐

☐ Patient/in (☐ stationär ☐ ambulant)

☐ Angehörige/r

☐ Besucher/in

☐ Mitarbeiter/in

☐ andere Person .....

Ihre Meinung: (Bitte verwenden Sie ein Extra-Blatt, falls der Platz nicht ausreicht)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Datum, Unterschrift (freiwillig):

☐ Formular entgegengenommen von:

☐ Formular im Auftrag ausgefüllt von:

Name:	**Datum:**	**Unterschrift:**

Reaktion der Abteilungs- / Stations- / Ambulanzleitung

Eingeleitete Maßnahmen / Kommentar:

Ergebnis:

Weitergeleitet an Beschwerdekoordinationsstelle durch:

Name, Datum, Unterschrift:

Reaktion des Beschwerdemanagements

Lfd. Nr. Bogen:

Formular weitergeleitet von Beschwerdekoordinationsstelle am _____ **(Datum):**

an ☐ **Ärztliche Direktion** ☐ **Pflegedirektion** ☐ **Verbunddirektion**

Von dort weitergeleitet an:

☐ Aufnahme ☐ Hauswirtschaft ☐ Technik ☐ Abt./Stat./Amb. _____

☐ andere: _____

Begleitnotiz:

☐ zu Ihrer Information und Anregung

☐ mit der Bitte um Stellungnahme an: ☐ Ärztliche Direktion ☐ Pflegedirektion ☐ Verbunddirektion

☐ mit der Bitte um Besprechung mit der meldenden Person

☐ mit der Bitte um Besprechung mit der meldenden Person und Rückmeldung an:
☐ Ärztliche Direktion ☐ Pflegedirektion ☐ Verbunddirektion

☐ mit der Bitte um Rückantwort an die meldende Person und Kopie an:
☐ Ärztliche Direktion ☐ Pflegedirektion ☐ Verbunddirektion

☐ _____

Name, Datum, Unterschrift:

Eingeleitete Maßnahmen und Ergebnisse:

Name, Datum, Unterschrift:

Vo. 13.0