Formular Beschwerdeannahme

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Beschwerdeannahmeformular** | | |
| Eingang der Beschwerde bei:  (Name der Mitarbeiterin) |  | |
| Eingang der Beschwerde und Kontaktdaten: |  | |
| Eingangsdatum und -art: |  | * mündlich * schriftlich * telefonisch |
| Name des Beschwerdeführers: |  | |
| Anschrift und Telefon: |  | |
| Gegenstand der Beschwerde – Aufnahme der Beschwerdegründe |  | |
| Bearbeitung der Beschwerde  (Datum und Name der Mitarbeiterin) | am: | durch: |
| Weiterleitung der Beschwerde | am: | an wen: |
| Stellungnahme zur Beschwerde: |  | |
| Die Beschwerde beruht auf: | * einem Fehler | * dem individuellen Empfinden des Patienten |
| Rückmeldung an den Beschwerdeführer | am: | durch: |