

Sie haben noch Ergänzungen, Anregungen, Vorstellungen oder Wünsche?

Lob / Anregung Beschwerde

Möchten Sie, dass wir Ihnen antworten?

- nein
 ja - Tragen Sie bitte Ihren Namen und Ihre Adresse ein:

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon, E-Mail:

Datum

Wer beantwortet diesen Fragebogen?

Ich war Patient/in auf

- Station 1
 Station 2
 Station 3 Chirurgie
 Station 3 Gynäkologie
 Station 4
 Station 9
 sonstige _____

Ich bin Angehörige/r.

Empfehlen Sie uns weiter?

Ja

Nein