



Erfassungsformular Patientenbeschwerden

Persönliche Daten:

Patient*in: _____
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift: _____
Straße & Hausnummer PLZ Ort

Erreichbarkeit: _____
Telefon (mobil) E-Mail

Relevanter Behandlungszeitraum: _____

Behandelnde Klinik/ Station/ Zimmer: _____

Themenbereich:

Verpflegung

Visiten

Pflege

Verhalten des Personals

Abläufe/ Strukturen/ Sonstiges: _____

Notizen/ Anmerkungen:

Bitte fügen Sie zur Bestätigung Ihrer Identität eine Kopie/Foto Ihres Personalausweises bei. Wir bitten Sie um Verständnis dafür, dass die Beschwerde bei Fehlen eines Identitätsnachweises aus Gründen des Datenschutzes nicht bearbeitet werden kann. Ihre Ausweiskopie wird direkt nach der Identitätsprüfung vernichtet und nicht dauerhaft gespeichert.

Personalausweis:

Vorderseite

Rückseite