



Sehr geehrte Patient\*innen,  
sehr geehrte Besucher\*inenn,

**Ihre Meinung ist uns wichtig.** Sie möchten ein Lob aussprechen, haben Vorschläge und Hinweise für uns oder sind unzufrieden und möchten Kritik äußern?

Wir möchten, dass Sie zufrieden sind und sich in unserer Einrichtung wohl fühlen. Um aus Ihren Anregungen und Meinungen lernen zu können, bitten wir Sie diesen Bogen auszufüllen.

Ich bin:  Patient\*in  Besucher\*in  
 Rehabilitand\*in  
 Sonstige: .....

Bereich:  Station: .....  Ambulanz/PIA/Tagesklinik: .....  
 Verwaltung  Sonstige

Meine Rückmeldung betrifft:  einzelne Mitarbeiter  ärztliche Behandlung  
 Reinigungsdienst  pflegerische Behandlung  
 Küche  therapeutische Behandlung  
 Sonstige

**Mein Lob:**

**Meine Beschwerde:**

**Meine Idee/meine Wünsche:**

Wir bearbeiten Ihre Beschwerde. Wenn Sie uns Ihre Personalien angeben, erhalten Sie Rückmeldung.

Name und Anschrift: .....  
(Diese Angabe ist freiwillig.)

Bitte senden Sie uns Ihre Rückmeldung per E-Mail: [qm@christophsbad.de](mailto:qm@christophsbad.de),  
per Fax: 07161 601-9313 oder per Post an:  
Klinikum Christophsbad  
Qualitätsmanagement  
Faurndauer Str. 6-28  
73035 Göppingen

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!