



## Lob & Kritik

---

Bitte alle Angaben vollständig ausfüllen und unterzeichnen

Patient\*in

stationär

ambulant

Angehörige\*r

Besucher\*in

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

**Meine Rückmeldung richtet sich an folgende Abteilung:**

Verwaltung

OP

Pflege

Anästhesie

**Bitte schildern Sie uns Ihr Lob/Kritik:**

**Bitte teilen Sie uns Ihren Lösungsvorschlag oder Verbesserungswunsch mit:**

---

Ort / Datum:

---

Unterschrift:



## Annahme / Bearbeitung von Lob & Kritik

---

Auszufüllen durch die Ergolz Klinik

Feedback entgegengenommen

am:

\_\_\_\_\_

durch:

\_\_\_\_\_

Für Feedback verantwortlich

Name:

\_\_\_\_\_

Abteilung:

\_\_\_\_\_

Massnahme erforderlich

ja

nein

Begründung:

\_\_\_\_\_

Ort / Datum:

\_\_\_\_\_

Unterschrift:

\_\_\_\_\_