



Klinikzentrum Westerstede

- Beschwerdemanagement -



Lob, Kritik oder Verbesserungsvorschlag

Datum : _____

Name : _____

Adresse oder Telefon : _____

Grund : Lob Kritik Verbesserungsvorschlag
 Sonstiges _____

Sie sind : Patient Angehöriger Besucher Zuweiser Lieferant
 Mitarbeiter / Angestellter
unseres Hauses

Klinik : Ammerland-Klinik Bundeswehrkrankenhaus Beide

Rückmeldung erwünscht Ja Nein

Inhalt
