HELFEN SIE UNS, UNS ZU VERBESSERN

Bitte ankreuzen:

- ☐ Bewohner
- ☐ Familie/Besucher
- ☐ Mitarbeiter

- ☐ Wertschätzung
- ☐ Verbesserungsidee
- ☐ Reklamation / Nichtkonformität

***Fakultativ:**

Vorname: _____
Name: _____
Adresse: _____
Telefon: _____
E-Mail: _____

* Anonyme Meldungen erhalten keine Antwort

Das Ereignis ist aufgetreten am (Datum): Ort:

Beschreibung:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Bitte werfen Sie das Formular in die Box „Qualitätsservice“ neben der Rezeption

Reserviert für Qualitätsservice:

_____
_____

Nr.: _____ Registriert am: _____ Unterschrift: _____