

Feedbackbogen Patientenbeschwerde

Sehr geehrter Patient,

sie haben einen Grund, sich über einen bestimmten Ablauf in unserer Praxis zu beschweren? Um zu erfahren, was Ihnen missfallen hat, bitten wir Sie, diesen kurzen Bogen für uns auszufüllen. Damit möchten wir sicher gehen, dass Ihre Beschwerde sicher bei uns ankommt und ernst genommen wird. Damit können wir an Verbesserungen für unsere Patienten arbeiten.

Danke

Ihre Zahnarztpraxis Helbig

Personalien (freiwillige Angabe)

Name Vorname

Geb.-Datum Wohnhaft in:

Tel. für Rückfragen

Grund der Beschwerde:

- | | |
|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Freundlichkeit | <input type="checkbox"/> Behandlung |
| <input type="checkbox"/> Rechnung | <input type="checkbox"/> Anmeldung |
| <input type="checkbox"/> Ärzte | <input type="checkbox"/> Sauberkeit |
| <input type="checkbox"/> Wartezeit | <input type="checkbox"/> Personal |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: | <input type="checkbox"/> Telefon |

Beschreibung der Beschwerde:

INTERN (BITTE NICHT AUSFÜLLEN)

Weitergeleitet an PL am: _____ durch: _____

Analyse am: _____ durch: _____

Maßnahmen: _____
