Sagen Sie uns Ihre Meinung!

KLINIKUM MAGDEBURG
gemeinnützige GmbH
Birkenallee 34
39130 Magdeburg

Qualitätsmanagement
Telefon: (03 91) 7 91 – 20 25
Fax: (03 91) 7 91 – 20 05
info@klinikum-magdeburg.de

Ihre Meinung, Ihre Anregung, Ihr Lob sollen uns helfen, die Leistungen für unsere Patienten zu verbessern. Auf diesem Formular können Sie Ihre Meinung schriftlich festhalten und es ausgefüllt in unseren „Meinungskasten“ im Eingangsbereich des Krankenhauses einwerfen. Wenn Sie möchten können Sie das Formular auch an unsere Mitarbeiter/innen weitergeben.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung.

☐ **Patient/in** ☐ **Angehörige/r** ☐ **Besucher/in** ☐ **sonstige Person**_____

freiwillige Angaben zur Person:

Name: _____ **Abteilung/Station:**_____

Anschrift: _____ **Alter:**_____

_____

Ihre Meinung, Ihre Anregung, Ihr Lob:

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