

**Sehr geehrte Patienten, Angehörige und Besucher,**

wir möchten Ihre Zeit bei uns so angenehm wie möglich gestalten.  
Dabei können Sie uns helfen!

Bitte nutzen Sie dieses Formular, um uns Ihr **Lob**, Ihre **Anregung** zur Verbesserung,  
Ihre **Kritik** und Ihre **Zufriedenheit** mitzuteilen. Gerne können Sie uns auch telefonisch unter  
der Tel. Nr. 1845 kontaktieren!

Dieses Formular können Sie in den roten Briefkasten am Empfang oder in der Notaufnahme  
einwerfen oder einem unserer Mitarbeiter geben.

**Bitte sagen Sie uns, wer Sie sind** (bitte ankreuzen):

**Patient(in)**       **Angehörige(r)**       **Besucher(in)**

**Station / Abteilung** (bitte unbedingt angeben): \_\_\_\_\_

**\* Freiwillige Angaben zur Person :**

Ihre Angaben werden zur Bearbeitung elektronisch gespeichert. Wenn Sie anonym bleiben  
möchten, lassen Sie die Angaben weg. Wir können Ihnen dann jedoch nicht persönlich  
antworten!

**Name** \_\_\_\_\_

**Anschrift** \_\_\_\_\_

**Hier können Sie Ihr Anliegen mitteilen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mit einer anonymisierten Veröffentlichung auf der Homepage des Sankt Katharinen  
Krankenhauses**  **bin ich einverstanden** oder  **bin ich nicht einverstanden.**

\* Bei Bereitstellung Ihrer persönlichen Daten, werden diese nach den Vorgaben des Bundesdatenschutzgesetzes  
(BDSG) ausschließlich zur Bearbeitung Ihres Anliegens verwendet.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe, Ihr