

# FEEDBACK

## Liebe Patientin, lieber Patient,

**Ihr Feedback ist uns wichtig!** Wir möchten unseren Service und unsere Abläufe kontinuierlich verbessern. Wenn Sie Anlass zur Beschwerde haben oder uns Feedback geben möchten, nutzen Sie bitte dieses Formular. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.  
Ihr Praxisteam

### 1. Angaben zur Person (optional)

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

**E-Mail-Adresse** \_\_\_\_\_

**Telefonnr.** \_\_\_\_\_

#### Ich bin

- Patient/in
- Angehörige/r
- Sonstiges

#### Bevorzugte Kontaktaufnahme

- E-Mail
- Telefon
- Keine Rückmeldung gewünscht

### 2. Ihr Anliegen

#### Betroffener Bereich

- Ärztliche Behandlung
- Therapie
- Anmeldung Onkologie
- Endoskopie
- Verwaltung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

#### Kategorie Ihres Anliegens

- Terminvergabe / Wartezeit
- Kommunikation / Umgang
- Behandlung / medizinischer Ablauf
- Organisation / Praxisablauf
- Abrechnung
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

## FEEDBACK

**Datum oder Zeitraum des Anliegens:** \_\_\_\_\_

**Bitte schildern Sie Ihr Anliegen:**

---

---

---

**Was hätten Sie sich stattdessen gewünscht?**

---

---

---

### 3. Einschätzung & Erwartung

**Wie dringend ist Ihr Anliegen?**

- Niedrig  
 Mittel  
 Hoch

**Was wünschen Sie sich?**

- Rückmeldung  
 Klärung des Vorfalls  
 Entschuldigung  
 Verbesserung für die Zukunft  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

### 4. Hinweise

Bitte beachten Sie: Dieses Formular ist **nicht für medizinische Notfälle** geeignet.  
In dringenden Fällen wenden Sie sich bitte telefonisch an unsere Praxis oder den Notdienst.

### 5. Datenschutz & Einwilligung

- Hiermit akzeptiere ich die Übermittlung meiner Daten an das MVZ Dreiländereck Onkologie • Endoskopie.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_