

Beschwerdebogen für Patientinnen und Patienten in den Praxen der ÄQW



1. Angaben zur Person (freiwillig)

Bitte füllen Sie diese Felder nur aus, wenn Sie eine Rückmeldung wünschen.

Feld	Eintrag
Name	_____
Geburtsdatum	_____
Telefon	_____
E-Mail	_____
Adresse	_____

2. Art Ihres Anliegens

Bitte Zutreffendes ankreuzen:

- Beschwerde
 - Anregung / Verbesserungsvorschlag
 - Lob
 - Sonstiges: _____
-

3. Thema des Anliegens

Bitte wählen Sie aus:

- Terminorganisation
 - Wartezeiten
 - Freundlichkeit / Verhalten des Personals
 - Ärztliche Behandlung
 - Verständlichkeit von Informationen
 - Telefonische Erreichbarkeit
 - Räumlichkeiten / Hygiene
 - Datenschutz
 - Abrechnung / Rezepte / Formulare
 - Sonstiges: _____
-

4. Beschreibung des Anliegens

5. Vorschlag zur Verbesserung (optional)

6. Rückmeldung gewünscht?

- Ja, bitte kontaktieren Sie mich.
 Nein, ich möchte anonym bleiben.
-

7. Datum / Unterschrift

Datum: _____

Unterschrift (freiwillig): _____

Interner Bereich (nur für Praxis – nicht vom Patienten auszufüllen)

Interne Daten	Eintrag
Eingangsdatum der Beschwerde	_____
Bearbeiter/in	_____
Maßnahmen / Schritte	_____
Datum der Rückmeldung	_____
Abschlussdatum	_____