

Ihre Meinung interessiert uns



Datum	
Grund der Beschwerde (bitte ankreuzen)	
<input type="checkbox"/> Anmeldung	<input type="checkbox"/> Wartezeit
<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Behandlung & Betreuung
<input type="checkbox"/> Hygiene	<input type="checkbox"/>

Ihre Meinung interessiert uns

Bitte schildern Sie kurz die Situation, die Ihren Erwartungen nicht entsprach.

Was können wir Ihrer Meinung nach verbessern / verändern?

Wünschen Sie eine Rückmeldung zu Ihrer Eingabe?

ja

nein

Wenn ja, dann notieren Sie bitte hier Ihre Kontaktdaten.

Vielen Dank.

Name, Vorname

Anschrift

Vielen Dank für Ihre Offenheit!

Ihre Meinung interessiert uns