



Liebe Patientin, Lieber Patient,
 Liebe Angehörige, Liebe Besucher,
 Liebe Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen,

wir kümmern uns jeden Tag darum, Ihnen den Aufenthalt in unserem Haus so angenehm wie möglich zu gestalten. **Unser Lob- und Beschwerdemanagement liegt uns daher besonders am Herzen. Denn hier erhalten wir von den Menschen Rückmeldung, für die wir arbeiten und von denen, die für uns arbeiten:** Patienten, Angehörige, Besucher und Einweiser, aber auch Mitarbeiter können sich hier mit Lob und Kritik, Beschwerden und sonstigen Hinweisen an uns zu wenden.

Wir nehmen jeden Ihrer Hinweise ernst! Sie helfen uns, Verbesserungsmaßnahmen zu treffen, die sich an Ihren Wünschen und denen Ihrer Angehörigen orientieren. Nur so werden wir immer besser!

Alle Beschwerden mit gewünschter Rückantwort beantworten wir vertrauensvoll und möglichst zeitnah. Auf Lob und andere Hinweise können wir leider nicht in jedem Fall antworten. Gerne leiten wir jedoch Ihr Lob an die entsprechenden Bereiche weiter und gehen Ihren Hinweisen nach. Das ausgefüllte Formular können Sie gerne Mitarbeitern des Krankenhauses geben oder in den Briefkasten im Erdgeschoss im Eingangsbereich einwerfen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Team des Marienkrankenhauses Kassel

INTERNE BEARBEITUNGSVERMERKE

wird von der Klinik ausgefüllt

Bearbeitungsstand	Datum	Hz.

Maßnahmen	Datum	Hz.

Marienkrankenhaus Kassel gGmbH
 Marburger Straße 85, 34127 Kassel
 T (0561) 8073-0 | F (0561) 8073-4000
 info@marienkrankenhaus-kassel.de

www.marienkrankenhaus-kassel.de



IHRE MEINUNG
 IST UNSER ANSPRUCH
 Platz für Lob, Kritik, Anregungen...

www.marienkrankenhaus-kassel.de

„Wir sind eine Einrichtung der Marienkrankenhaus Kassel gGmbH als Gesellschaft der St. Vinzenz gGmbH in Fulda.“



FH-KH-0015 Rev. 05 Stand: 08.2021

HELFFEN SIE UNS, BESSER ZU WERDEN

Wir möchten unsere Leistungen ständig für Sie verbessern und würden uns freuen, wenn Sie uns Ihr Anliegen schildern würden.

Datum:



EMPFEHLEN SIE UNS WEITER?

Ja Nein

Gegebenenfalls Lösungsvorschläge für das Problem:

WÜNSCHEN SIE RÜCKMELDUNG?

Ja Nein

Wenn Ja, benötigen wir von Ihnen in jedem Fall die vollständigen Angaben zu Ihrer Person.

Freiwillige Angaben zu Ihrer Person:

Frau Herr

Name

Vorname

Straße

PLZ, Wohnort

Telefon

Ich bin

- Patient/in
- Angehörige/r
- Besucher/in
- Mitarbeiter/in

Fachrichtung

- Innere Medizin
- Chirurgie
- Wirbelsäulenchirurgie
- HNO
- Schlaflabor
- Gynäkologie
- Palliativmedizin

Betroffene Station/Abteilung:

Zimmernummer: _____

Zeitpunkt: _____

Erstanliegen Folgeanliegen

Wurde das Problem bereits gelöst?

Ja Nein