



## Liebe Patientinnen und Patienten, Angehörige und Besuchende,

unser Ziel ist es, Patientinnen und Patienten medizinisch und pflegerisch bestmöglich zu betreuen. Ihre Rückmeldung hilft uns sehr, die Behandlung, Pflege und den Aufenthalt in unserem Krankenhaus zu verbessern. Sie können uns Ihre Anregungen, Wünsche, Lob, aber auch Kritik mitteilen. Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.

### Sie sind

- stationäre:r Patient:in
- ambulante:r Patient:in
- Angehörige:r /Besucher:in

### Ihre Meinung

- Lob
- Beschwerde

### Klinik/ Zentrum

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Klinik für Anästhesie     | <input type="checkbox"/> Klinik für Palliativmedizin              | <input type="checkbox"/> Berliner Beckenboden- und Kontinenzzentrum |
| <input type="checkbox"/> Klinik für Chirurgie      | <input type="checkbox"/> Zentrale Notaufnahme                     | <input type="checkbox"/> Zentrum für Integrative Schmerzmedizin     |
| <input type="checkbox"/> Klinik für Innere Medizin | <input type="checkbox"/> Dt. Gefäßzentrum Berlin                  |   |
| <input type="checkbox"/> Klinik für Urologie       | <input type="checkbox"/> Zentrum für roboterassistierte Chirurgie |   |

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Wünschen Sie eine Rückmeldung, tragen Sie bitte Ihren Kontakt ein (Angaben freiwillig):

---

Datum: .....

Bitte werfen Sie den Bogen in den Briefkasten in der Eingangshalle oder auf Station ein.