

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand
Lob- & Beschwerdemanagement
Groß-Sand 3
21107 Hamburg



Telefon: 040 / 75 205 - 232
Fax: 040 / 75 205 - 98232
E - Mail: luk@gross-sand.de
Büro: Raum C251 – werktäglich besetzt

Liebe Patientin, lieber Patient, sehr geehrte Damen und Herren,

Ihre Meinung ist uns wichtig – denn das Wohl unserer Patientinnen und Patienten steht im Mittelpunkt unserer Bemühungen.

Wir möchten, dass Sie mit unserer Leistung zufrieden sind und freuen uns, wenn Sie uns das sagen. Sollten Sie einmal nicht zufrieden sein, möchten wir Sie ebenfalls ermuntern, uns Ihre Sorgen und Nöte, Ihre Beobachtungen, Anregungen und Beschwerden mitzuteilen.

Wir betrachten Ihre Rückmeldung als Chance, unsere Leistungen kontinuierlich zu verbessern und zu überprüfen. Im Rahmen der Hamburger Erklärung haben wir uns verpflichtet, Ihre Rückmeldungen vertrauensvoll, mit hoher Priorität und wenn Sie möchten natürlich auch anonym zu behandeln. Sprechen Sie uns an - persönlich, telefonisch oder schriftlich!

Den ausgefüllten Bogen können Sie auf Ihrer Station abgeben, per Post oder E-Mail schicken oder in einen unserer Briefkästen werfen.

Viel Platz für Ihr Anliegen

Ihr Lob

Ihre Beschwerde

Ihre Anregung

Diese Angaben helfen uns Ihre Rückmeldung zu bearbeiten:

- | | | | |
|---|-------------------------------------|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Orthopädie | <input type="checkbox"/> Chirurg.
Sprechstunde | <input type="checkbox"/> ZNA |
| <input type="checkbox"/> G 1 | <input type="checkbox"/> G 2 | <input type="checkbox"/> G 3 | <input type="checkbox"/> G 4 |
| <input type="checkbox"/> Innere | <input type="checkbox"/> 2 A | <input type="checkbox"/> Intensiv | <input type="checkbox"/> Tagesklinik |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | |

Freiwillige Angaben zu Ihrer Person:

Angaben zu Ihrer Person sind für die Bearbeitung Ihrer Rückmeldung nicht erforderlich, jedoch oft sehr wertvoll, insbesondere, wenn Sie eine Rückmeldung wünschen.

- Patient/in Angehörige/r Besucher/in

Name _____

Anschrift _____

Telefon _____ E-Mail _____

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass das Wilhelmsburger Krankenhaus Groß- Sand meine Daten für die Bearbeitung meiner Rückmeldung im Lob- und Beschwerdemanagement erheben und zum Zwecke der damit verbundenen Bearbeitung der Rückmeldung speichern und verwenden darf.

Sie haben jederzeit die Möglichkeit, diese Einwilligung ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Im Falle des Widerrufs findet keine weitere Datenverarbeitung Ihrer Rückmeldung statt. Diese Widerrufserklärung richten Sie an den Krankenhausträger. Ihr Widerruf gilt allerdings erst ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie diese aussprechen. Der Widerruf hat keine Rückwirkung. Die Verarbeitung Ihrer Daten bis zu diesem Zeitpunkt bleibt rechtmäßig.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Rückmeldung zu Ihrem Anliegen

- Ich wünsche eine schriftliche Rückmeldung.

Anmerkung zum Haustelefon

Der Anruf ist für Sie innerhalb des Hauses kostenfrei und auch ohne Telefonkarte möglich. Bitte die grüne Hörertaste für einige Sekunden drücken bis „intern“ erscheint, dann die 232 wählen.

Wir bedanken uns für Ihre Mühe und werden uns schnellstmöglich bei Ihnen melden!