

Ihre Anregungen, Ihre Kritik, Ihr Lob sind uns wichtig!

Sie sind:

Patient/in Angehörige/r Besucher Kursteilnehmer Heutiges Datum: _____

Zu welchem Bereich unseres Krankenhauses möchten Sie sich gerne äußern?

Ambulanter Bereich

Zentrale Notfallambulanz	<input type="checkbox"/>	Gynäkolog. Notfallambulanz	<input type="checkbox"/>	Orthopäd. Ambulanz	2C	<input type="checkbox"/>
Chirurgische Ambulanz	SSB* <input type="checkbox"/>	Gynäkolog. Ambulanz	SSB* <input type="checkbox"/>	Urologische Ambulanz	SSB*	<input type="checkbox"/>
Bauchzentrum	SSB* <input type="checkbox"/>	Schwangerenambulanz	6C	Amb. OP-Zentrum		<input type="checkbox"/>
Onkolog. Ambulanz	8C	HNO-Ambulanz	7C	Narkosesprechstunde		<input type="checkbox"/>
Chefärztl. Sprechstunde	5C					

*SSB = Sprechstundenbereich

Stationärer Bereich

CHIRURGISCHE KLINIK		MED. KLINIK II (Hämatol./Onkolog.)		FRAUENKLINIK	
Station	2A	<input type="checkbox"/>	Station	4A	<input type="checkbox"/>
Station	2B	<input type="checkbox"/>	Station	4B	<input type="checkbox"/>
			Onkologische Tagesklinik		<input type="checkbox"/>
UROLOGISCHE KLINIK		ORTHOPÄDISCHE KLINIK		Kreißsaal	<input type="checkbox"/>
Station	7A	<input type="checkbox"/>	Station	2B	<input type="checkbox"/>
MED. KLINIK I (Gastroenterologie)		Station	5A	<input type="checkbox"/>	HNO-KLINIK
Station	3A	<input type="checkbox"/>	Station	5B	<input type="checkbox"/>
Station	3B	<input type="checkbox"/>	Station	1B	<input type="checkbox"/>
Funktionsdiagnostik	3C	<input type="checkbox"/>	(Erdgeschoss)	B	<input type="checkbox"/>
			(Arztelhaus)	2D	<input type="checkbox"/>
					INTENSIVSTATION
					<input type="checkbox"/>

Sonstige Bereiche

VERWALTUNG		SONSTIGE BEREICHE	<input type="checkbox"/>	GESUNDHEITSIMPULSE	<input type="checkbox"/>
Rezeption / Telefonauskunft	<input type="checkbox"/>	(z. B. Physik. Therapie, Cafeteria)			
Patientenaufnahme	<input type="checkbox"/>	_____			

Freiwillige Angaben zur Person

Anrede Frau Mann

Vorname _____ Name _____

Straße _____

PLZ/Ort _____ Telefon _____

Ihr Alter unter 20 Jahre 21-50 Jahre 51-70 Jahre über 70 Jahre

Stationäre Aufnahme Aufnahme im Voraus geplant Aufnahme als Notfall

Informationen zum Umgang mit personenbezogenen Daten gemäß DSGVO-EKD und EU-DSGVO finden Sie unter:
www.diakobremen.de/patienteninfos/lob-anregungen-und-kritik/

Hier können Sie Ihre Anregung, Ihre Kritik oder Ihr Lob ausführlich darstellen

Ich habe folgende Anregungen/Verbesserungsvorschläge:

Für Ihre Anregungen das Zimmer bzw. die Zimmerausstattung betreffend, bitte die **Zimmer-Nr.** angeben:

Ich bin **nicht** zufrieden mit ...

Ich freue mich über ...

Würden Sie das DIAKO/die Kurse der Gesundheitsimpulse wieder wählen/nutzen?

Ja Nein

Bitte werfen Sie den ausgefüllten Bogen in einen der **blauen Briefkästen**, die Sie überall im Krankenhaus vorfinden. Sie helfen durch Ihre Aussagen mit, uns ständig weiter zu verbessern.

Sie können uns auch gern per e-Mail kontaktieren: qm@diako-bremen.de oder über unsere Homepage eine Rückmeldung geben www.diakobremen.de/zentrale-dienste/qualitaetsmanagement (blauer Briefkasten).

Vielen Dank, Ihr DIAKO-Team