

Patienten-Feedback- und Beschwerdeformular

Persönliche Angaben

Vorname

Nachname

Geschlecht m w d

Geburtsdatum

Ich wünsche eine Kontaktaufnahme

Ja Nein

Tel./Mobil

E-Mail

Für eine persönliche Rückmeldung benötigen wir Ihre Kontaktdaten

Gegen wen richtet sich die Beschwerde

Name Mitarbeitende/r der Medvadis

Praxisstandort

Grund der Beschwerde

Datum des Ereignisses

Betrifft

- Wartezeiten / Terminvergabe
- Kommunikation / Freundlichkeit
- Räumlichkeiten / Sauberkeit
- Medizinische Behandlung / Beratung
- Abrechnung / Kosten
- Sonstiges _____

Beschreibung der Beschwerde

Bitte schildern Sie uns sachlich was vorgefallen ist

Welches Ergebnis erhoffen Sie sich?

Z.B. Entschuldigung oder Aufarbeitung zu Qualitätszwecken

Datenschutz und Einverständnis

Ich bin damit einverstanden, dass meine Angaben zum Zweck der Bearbeitung intern an die zuständigen Stellen der Medvadis AG weitergeleitet werden. Die Daten werden gemäss den Schweizer Datenschutzbestimmungen (DSG) vertraulich behandelt.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient/in:
