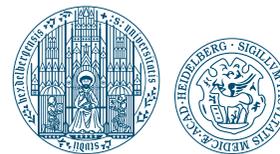


Raum für weitere Mitteilungen



UNIVERSITÄTS  
KLINIKUM  
**HEIDELBERG**

## IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG

### SEHR GEEHRTE PATIENTIN, SEHR GEEHRTER PATIENT,

Ihr Wohlergehen ist uns das wichtigste Ziel.

Wir möchten Ihnen die bestmögliche medizinische und pflegerische Versorgung zu teil werden lassen. Sollten Sie Grund zu Beschwerde oder Kritik haben, ist es uns wichtig, dass Sie uns dies mitteilen.

Wir freuen uns natürlich auch über Lob oder Anregungen.

Werfen Sie bitte den ausgefüllten Rückmeldebogen in die dafür vorgesehene Box oder senden Sie ihn an:

#### Post

Stabsstelle Medizinisches Qualitäts- und Risikomanagement  
Beschwerdemanagement  
Im Neuenheimer Feld 672  
69120 Heidelberg

#### E-Mail

[feedback@med.uni-heidelberg.de](mailto:feedback@med.uni-heidelberg.de)

#### Internet

[www.klinikum.uni-heidelberg.de/feedback](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/feedback)



## WIR BEDANKEN UNS FÜR IHRE RÜCKMELDUNG!

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

Behandlungsdatum/-zeitraum: \_\_\_\_\_

Klinik: \_\_\_\_\_

Ambulanz/Station/Tagesklinik: \_\_\_\_\_

Raum für Ihre Mitteilungen (ggf. Rückseite benutzen)

## Würden Sie sich wieder an unserem Klinikum behandeln lassen?

ja     nein     unentschlossen

*Mit der Angabe meiner Kontaktdaten erkläre ich mich mit der Weiterleitung für die interne Bearbeitung einverstanden (Angaben sind freiwillig).*

Die angegebenen Daten dienen ausschließlich der internen Bearbeitung. Sie werden vertraulich behandelt, nicht zweckentfremdend an Dritte weiter gegeben und nach Ablauf des Folgejahres (31.12.) gelöscht, sofern keine anderen Vorschriften greifen.

*Die Vorgaben der EU Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) werden eingehalten.*

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_