

## 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:

---