

Beschwerdeformular

ND

HL

Beschwert hat sich

 Bewohner Angehöriger Betreuer Mitarbeiter

Datum _____

 persönlich telefonisch schriftlich

Vorname, Name _____

evtl. Anschrift, _____

Telefon, E-Mail _____

(für Bewohner: _____)

 Erstbeschwerde

Grad der Verärgerung

 gering mittel Folgebeschwerde groß sehr groß

Wer hat die Beschwerde

Name _____

entgegengenommen?

Funktion _____

HdZ _____

Ort Datum/Zeitpunkt des Problems _____

Schilderung des Problems _____

Wünsche und Erwartungen _____

gemachte Zusagen _____

Weiterleitung an _____

Problemlösung _____

Zufriedenstellung des ja
Beschwerdeführers? nicht vollständig
 nein

Beschwerdefall abgeschlossen

Unterschrift
(HL/VPFK/QMB)

Datum

