



**Ihre Meinung, Ihre Anregung** oder **Ihr Lob** sollen helfen, die Leistungen für unsere Patientinnen und Patienten zu verbessern. Darum ist es uns wichtig, dass Sie uns Ihre Meinung mitteilen. Bitte benutzen Sie dieses Formular und werfen Sie es in den dafür vorgesehenen Briefkasten im Eingangsbereich. Die Formulare können auch per (Haus-)Post verschickt oder digital ausgefüllt und an [info@pprt.de](mailto:info@pprt.de) versandt werden.

## Sagen Sie uns Ihre Meinung

- Patient/in     Angehörige/r     Besucher/in
- Mitarbeitende/r der PP.rt     Sonstige Person
- Station     Tagesklinik     PIA     Substitutionsambulanz
- 

### Freiwillige Angaben zur Person:

Name:

Adresse:

Station / Tagesklinik / Ambulanz:

- Lob
- Anregung
- Meinung
- Beschwerde

**Ihre Meinung, Ihre Anregungen, Ihr Lob an uns:**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

Datum

Unterschrift (freiwillig)

**Vom Qualitätsmanagement auszufüllen:**

**Eingang der Rückmeldung:**

Eingangsdatum:

Eingangsbestätigung versendet:

Datum

Weiterleitung der Rückmeldung per E- Mail an die zuständige Duale Leitung:

Eingang der Rückmeldung der Dualen Leitung:

Eingeleitete Maßnahmen: