Vielen Dank für Ihre Anmerkungen.

Wünschen Sie eine Antwort?

☐ Ja. Lassen Sie uns in diesem Fall bitte wissen, welche Art der Kontaktaufnahme Sie bevorzugen:

☐ schriftlich
Name: .....
Straße: .....
PLZ/Ort: .....

☐ telefonisch
Telefonnr.: .....

☐ Nein, ich wünsche keine Kontaktaufnahme.

Die Angaben sind freiwillig. Wir versichern, dass wir diese Daten nicht an unbefugte Dritte weitergeben. Wir danken Ihnen für das Vertrauen.

Helios Klinik Blankenhain

Wirthstraße 5
99444 Blankenhain

T (036459) 5-29 47
F (036459) 5-29 02

info.blankenhain@helios-gesundheit.de
www.helios-gesundheit.de/blankenhain

IMPRESSUM
Verleger: Helios Klinik Blankenhain GmbH, Wirthstraße 5, 99444 Blankenhain
Druckerei: timelyprint Bad Berka, Kellnersbergstraße 8, 99438 Bad Berka

Meinungskarte

Haben Sie Anregungen, Lob oder Kritik?

Helios Klinik Blankenhain

Helios www.helios-gesundheit.de/blankenhain

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, sehr geehrte Angehörige,

vielen Dank, dass Sie für Ihren Krankenhaus-aufenthalt unsere Klinik gewählt haben. Ihrem Vertrauen möchten wir mit kompetenter medizinischer Behandlung sowie bestmöglicher pflegerischer Behandlung gerecht werden.

Darüber hinaus wollen wir Ihnen ein optimales Umfeld für Ihre baldige Genesung bieten. Unser oberstes Ziel ist es, stets Ihren Erwartungen zu entsprechen. Dennoch kann es Situationen geben, die zu Missverständnissen oder gar Verärgerungen führen. Um reagieren zu können, bitten wir Sie herzlich um Ihre Hinweise, Anregungen und auch um Ihre Kritik

Ihre Meinung ist ein wichtiger Baustein in unserem Qualitätsmanagement. Sie helfen uns damit, unsere Leistungen ständig zu überprüfen und den Service für unseren Patienten weiter zu verbessern. Selbstverständlich freuen wir uns auch über ein mitgeteiltes Lob. Das ausgefüllte Faltblatt können Sie in die dafür vorgesehenen Briefkästen einwerfen

Wir wünschen Ihnen eine baldige Genesung.

Mit freundlichen Grüßen

Florian Lendholt	Melanie Wengiel	Dr. med. Xaver Krah
Klinikgeschäftsführer	Pflegedirektorin	Ärztlicher Direktor

Datum: .....

Sie sind in unserem Haus:
☐ Patient ☐ Besucher

Aufenthalt seit: .....

Klinik/Station: .....
.....

Ambulanz: .....
.....

Gern möchten wir wissen, welche Erfahrungen Sie in unserem Hause gemacht haben.

Wo können wir uns Ihrer Meinung nach verbessern?

Was hat Ihnen besonders gut gefallen?

Würden Sie unsere Klinik weiterempfehlen?