Beschwerde

Datum:_____

Beschwerde von: ☐ Bewohner/Klient ☐ Angehörige ☐ Mitarbeiter
☐ Betreuer ☐ sonstige_____

Name : _____ Bereich:_____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

Beschwerde an: ☐ Geschäftsführung ☐ Haus- / Bereichsltg. ☐ QMB / QZ

entgegengenommen von: _____ _____
Name Datum

Beschwerde betrifft:

☐ Haus am Wald ☐ Inselhus ☐ Alte Gärtnerei ☐ Komplementärbereich
☐ Verwaltung ☐ Haustechnik ☐ Ambulanter Pflegedienst ☐ Ambulante Wohnassistenz
☐ externe Firmen/Dienstleister

Inhalt:

Maßnahme zur Abhilfe der Beschwerde:

Erledigt:_____
Datum: _____
Unterschrift:_____

Liegt ein Fehler zugrunde:
☐ ja ☐ nein
wenn ja F:_____ G:_____
Kategorie:_____