





Feedbackbogen



| | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lob?  | <input type="checkbox"/> Kritik?  | <input type="checkbox"/> Idee?  | <input type="checkbox"/> Fehlermeldung  |
|---|--|---|--|

Datum:

Ich bin: Mitarbeiter/In Bewohner/In Angehörige/r Betreuer/In
Sonstige:

Betreff: Bereich

Ihr/e Lob, Kritik, Fehlermeldung, Idee:

| | | |
|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| Rückmeldung erwünscht? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
|-------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

Wenn Rückmeldung erwünscht:

Name und Erreichbarkeit:

| | | | |
|---------------------------|--|--------|--|
| Sofortmaßnahme: | | | |
| Erstkontakt erfolgt am: | | durch: | |
| Verfahren eingeleitet am: | | durch: | |

Rückmeldung an Mitteleiler am:

Unterschrift Bereichsleitung

Feedbackbogen



Ergebnis- / Wirksamkeitskontrolle

| durch Bereichsleitung auszufüllen: | | | |
|---|-----|-----------|-----------------------|
| Maßnahmen | WER | bis Datum | Erledigt Datum/ HZ |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Besprechung SFK <input type="checkbox"/> ja Datum: | | | |
| | | | |