

# Feedbackbogen



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

**Datum:**

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

Sonstige:   

**Betreff:**     Bereich

**Ihr/e Lob, Kritik, Fehlermeldung, Idee:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Rückmeldung erwünscht?**                       **Ja**                       **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:			