

Verbesserungsmanagement

Anregung

Verbesserungsvorschlag

Beschwerde

Von:

Name:

ggf. Anschrift:

Telefon:

Bewohner

Angehöriger

Betreuer

Arzt

Mitarbeiter

Andere

Angenommen durch

Name: _____ **Datum:** _____ **Uhrzeit:** _____ Uhr

persönlich telefonisch schriftlich

Bearbeitet Weitergeleitet an:

Betroffener Bereich:

Pflege

Sozialer Dienst

Verwaltung

Küche

Haustechnik

Hausreinigung

Leitung

Sonstige

Sachverhalt:

(Bei Bedarf bitte Rückseite benutzen)

Bei Beschwerden: Erstbeschwerde Folgebeschwerde

Vorgeschlagene Problemlösung

Lösung:

Zwischenbescheid am:

Problemlösung am

Problem kann nicht gelöst werden

weil

(Bei Bedarf bitte Rückseite benutzen)

Datum: _____

Unterschrift Initiator

Datum: _____

Unterschrift Bearbeiter