



Lieber Patient

Das Wohl unserer Patienten steht im Mittelpunkt unseres Handelns, deshalb ist uns Ihre Meinung wichtig. Sollten Sie mit Ihrem Aufenthalt in unserer Klinik nicht zufrieden sein, möchten wir Sie ermuntern, uns Ihre Beschwerde mitzuteilen.

Die Beschwerde (in unserem Sinn) beinhaltet eine kritische oder negative Rückmeldung zu einer unserer Dienstleistungen oder wie diese erbracht wurde und/oder zum Verhalten von Mitarbeitenden der Merian Iselin Klinik. Sie kann mündlich oder schriftlich erfolgen und soll als Ziel eine Änderung des kritisierten Umstands anstreben.

Da wir bei der Bearbeitung einer Beschwerde eine direkte Ansprechperson bevorzugen, werden anonyme Beschwerden nicht bearbeitet.

Ihre Angaben	
Anrede:	
Name / Vorname :	Strasse:
PLZ/Ort:	Telefon:
Aufenthalt: <input type="checkbox"/> ambulanter Aufenthalt <input type="checkbox"/> stationärer Aufenthalt: meine Zimmernummer:	
Ich bin: <input type="checkbox"/> Patient	<input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Besucher
Ihre Beschwerde (bitte erläutern Sie hier möglichst detailliert den Sachverhalt – allenfalls kann ein zusätzliches Blatt verwendet werden)	
So könnte ich mir eine mögliche Lösung bzw. Verbesserung vorstellen	
Datum:	Unterschrift:

Wir bedanken uns für Ihre Mitteilung und werden uns baldmöglichst bei Ihnen melden.

Ihre Beschwerde wird vertraulich behandelt. Zur Erstellung von Statistiken wird die Beschwerde in anonymisierter Form aufgenommen.

Das ausgefüllte Formular können Sie am Empfang abgeben oder per Post an folgende Adresse schicken:

Merian Iselin, Klinik für Orthopädie und Chirurgie, z.H. Leitung Qualitätsmanagement, Föhrenstrasse 2, CH-4009 Basel



Beim vorliegenden Formular wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit bewusst die männliche Form gewählt.

(nur vom Merian Iselin auszufüllen)

Beschwerdeannahme		
Entgegengenommen durch:	Eingangsdatum:	
Beschwerdeweg: <input type="checkbox"/> Beschwerdeformular <input type="checkbox"/> Brief <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> mündlich		
Beschwerdebearbeitung		
Bestätigung an Beschwerdeführer	Durchgeführt von: Datum:	
Beschwerde-Verantwortlicher	Name/Vorname: Funktion: Abteilung:	
Massnahmen erforderlich?		
<input type="checkbox"/> ja		
Massnahme: (wenn mehrere Massnahmen, bitte nummerieren)		
Massnahmenverantwortlicher:		
Zusätzlich involvierte Stellen:		
Umzusetzen bis:	geprüft und abgenommen am:	Visum:
<input type="checkbox"/> nein		
Begründung:		
Visum:		
Feedback an Beschwerdeführer		
Durchgeführt von:	Durchgeführt am:	
Art der Durchführung: <input type="checkbox"/> Schriftlich <input type="checkbox"/> Telefonisch		
Reaktion des Beschwerdeführers:		
Qualitätsmanagement		
Eingegangen beim Qualitätsmanagement am:		
In Statistik aufgenommen am:		