

Beschwerdeerfassungsformular

1. Beschwerdeannahme

Name des Mitarbeiters: _____

Datum: ____ . ____ .20 ____

Uhrzeit: ____ : ____ Uhr

- persönlich
- telefonisch
- schriftlich

2. Beschwerdeführer

Name:

Anschrift:

Telefon: _____

- Angehöriger (Verwandtschaftsverhältnis): _____
- Arzt / Ärztin
- Betreuer
- Bewohner
- Ehrenamtliche/r Helfer/in
- Lieferfirmen
- Mitarbeiter/in
- Andere Externe (Bitte erläutern): _____

3. Betroffener Bereich

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pflege | <input type="checkbox"/> Verwaltung / Leitung | <input type="checkbox"/> Sozialarbeit / Kultur |
| <input type="checkbox"/> Ärztliche Versorgung | <input type="checkbox"/> Hausreinigung | <input type="checkbox"/> Küche / Cafeteria |
| <input type="checkbox"/> Haustechnik | <input type="checkbox"/> Mitarbeiter | <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ |

4. Beschwerdeinhalt

- Erstbeschwerde Folgebeschwerde

Sachverhalt:

Welche Problemlösung wünscht der Beschwerdeführer?

5. Beschwerdelösung / -bescheid

- sofort Zwischenbescheid am:

Beschreibung:

Realisierte Problemlösung:

- Problem kann nicht gelöst werden

Begründung:

Abgeschlossen am: ____ . ____ . 20__

Unterschrift Bearbeiter:

Unterschrift Beschwerdeempfänger:

HINWEIS: Dieses Formular bitte immer im PDL-Büro oder bei Fr. Eva Lange abgeben. Danke!