

# Rückmeldebogen

Rückmeldebogen		
Datum:	Uhrzeit:	entgegennehmende*r Mitarbeiter*in:
Rückmelder*in (Name, Adresse, Fon, E-Mail):		Einrichtung:
		<input type="checkbox"/> Betroffene*r <input type="checkbox"/> Mitarbeiter*in <input type="checkbox"/> Angehörige*r <input type="checkbox"/> Sonstiges

Inhalt des Anliegens (was/wann/wo/wie/wer)	
	Lösungsvorschlag (ggf.):

Eingeleitete Maßnahmen	
	Anliegen konnte sofort gelöst werden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Mitarbeiter\*in: \_\_\_\_\_

QM	Weitergabe an betroffene Bereichsleitung:	
	Eingabebestätigung an Rückmelder*in:	

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift QM: \_\_\_\_\_

Eingeleitete Maßnahmen		
	Information/Weitergabe an Geschäftsleitung:	
	Feedback an Rückmelder*in per Telefon:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Bereichsl.: \_\_\_\_\_

Eingeleitete Maßnahmen		
	Vorgang kann abgelegt werden:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Feedback an Rückmelder*in:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift GF: \_\_\_\_\_

QM	Feedback an Rückmelder*in:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift QM: \_\_\_\_\_