

Beschwerdeprotokoll

Datum:	Uhrzeit:	entgegennehmender Mitarbeiter:
Beschwerdeführer (Name, Adresse, Fon, E-Mail):		Einrichtung:
		<input type="checkbox"/> Betroffener <input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Sonstiges

Inhalt der Beschwerde (was/wann/wo/wie/wer)	
	Lösungsvorschlag des Beschwerdeführers:

Eingeleitete Maßnahmen							
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Problem konnte sofort gelöst werden</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Rückmeldung an Beschwerdef. erfolgt</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> </table>	Problem konnte sofort gelöst werden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Rückmeldung an Beschwerdef. erfolgt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Problem konnte sofort gelöst werden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein					
Rückmeldung an Beschwerdef. erfolgt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein					

Datum: _____ Unterschrift Mitarbeiter: _____

QB	Inform. an betr. Bereichsl./Geschäftsleitung:	
	Weitergabe an betroffene Bereichsleitung:	
	Eingabebestätigung an Beschwerdef.:	

Datum: _____ Unterschrift QM: _____

Eingeleitete Maßnahmen				
	Information an Geschäftsleitung:			
	Weitergabe an Geschäftsleitung:			
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Rückmeldung an Beschwerdef.:</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> </table>	Rückmeldung an Beschwerdef.:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rückmeldung an Beschwerdef.:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		

Datum: _____ Unterschrift Bereichsl.: _____

Eingeleitete Maßnahmen							
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;">Vorgang kann abgelegt werden:</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Rückmeldung an Beschwerdef.:</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Ja</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nein</td> </tr> </table>	Vorgang kann abgelegt werden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Rückmeldung an Beschwerdef.:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Vorgang kann abgelegt werden:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein					
Rückmeldung an Beschwerdef.:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein					

Datum: _____ Unterschrift GF.: _____