1. **Welches Krankenhaus betrifft die Beschwerde:**



 □ MHB □ EKE □

1. **Beschwerdeführer (wer sind Sie?):**

Name, Vorname:

Straße/Hausnr.: PLZ/Ort:

Email: Telefon:

⬜ Patient/in ⬜ Angehörige/r ⬜ Besucher/in ⬜ Sonstige:

1. **Beschwerde über:**

⬜ ärztlicher Dienst ⬜ Station/Pflege ⬜ Ambulanz

1. **Beschwerdegrund:**

⬜ fehlende Fachkompetenz ⬜ fehlende Hilfestellung ⬜ Unfreundlichkeit

⬜ Kommunikation/Aufklärung ⬜ Ablauf Entlassung ⬜ Wartezeit

⬜ Verpflegung ⬜ Unterbringung/Ausstattung ⬜ Hygiene

⬜ Zusatzkosten/Gebühren ⬜ Behandlung/Therapie/Maßnahmen

**Freitext** (Formulieren Sie bitte kurz den Grund der Beschwerde, ggf. Rückseite nutzen):

Datum Unterschrift (Beschwerdeführer)

**Bitte schicken Sie den Beschwerdebogen per Post, Fax oder Email an das Qualitätsmanagement**

St. Augustinus Gelsenkirchen GmbH, Virchowstr. 122, 45886 Gelsenkirchen