

## Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Angehörige,

die Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus ist zertifizierte Akutklinik für Altersmedizin und Innere Medizin mit einem weiteren Schwerpunkt in Palliativmedizin. Ebenso ist die Klinik eines der größten Zentren für Tropen- und Reisemedizin in Deutschland.

In unserem Krankenhaus möchten wir Sie optimal versorgen – deshalb ist uns Ihre persönliche Meinung sehr wichtig. Ihr Lob, Ihre Anregung oder Ihre Beschwerde helfen uns, unsere Leistungen auf hohem Niveau zu halten und stetig weiter zu verbessern.

Wir freuen uns, wenn Sie sich einen Moment Zeit nehmen und uns Ihre Meinung mitteilen. Nutzen Sie gerne diesen Rückmeldebogen.

Auf allen Stationen finden Sie Briefkästen für Ihre Post an uns, wenn Sie den schriftlichen Weg bevorzugen. Gerne können Sie auch Ihre Rückmeldung unserem Pflegepersonal übergeben. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

**Dr. med. Johannes-Martin Hahn**  
Chefarzt  
Facharzt für Innere Medizin,  
Geriatric und Palliativmedizin



### Ihre Ansprechpartnerin

Mit Ihrer persönlichen Rückmeldung und Ihren Fragen können Sie sich gerne an Claudia Luippold, Stabsstelle Qualitätsmanagement, wenden.

**Claudia Luippold**  
Qualitätsmanagement  
Tel. 07071/206-457  
qualitaet@tropenlinik.de



### Klinikadresse

Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus  
Paul-Lechler-Straße 26  
72076 Tübingen

info@tropenlinik.de  
www.tropenlinik.de

### Klinikträger

Difäm – Deutsches Institut für  
Ärztliche Mission e. V. Tübingen  
www.difaem.de



### So erreichen Sie uns

Klinikzentrale 07071/206-0  
Fax 07071/206-607

Anmeldung stationärer Patienten 206-0  
Anmeldung Tropen-/Reiseambulanz 206-414  
Tübinger Projekt 206-111

### Spendenkonto

Kreissparkasse Tübingen  
IBAN: DE12 6415 0020 0004 4443 70  
BIC: SOLADES1TUB



# Ihre Meinung ist uns wichtig



# IHRE MEINUNG IST UNS WICHTIG

## 1. ANGABEN ZU IHRER PERSON:

Patient/in

Angehörige/r

Besucher/in

Station 11

Station 31

Station 21

Station 22

Station 12 Aufnahme  Tropen- u. Reisemedizinische Ambulanz

Datum .....

## 2. BITTE WÄHLEN SIE AUS:

Mehrfaches Ankreuzen möglich.

Mein Verbesserungsvorschlag

Mein Lob

Meine Beschwerde

3. STICHWORT: .....

## 4. MEINE RÜCKMELDUNG:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

5. WÜNSCHEN SIE EINE RÜCKMELDUNG? JA  NEIN

## FREIWILLIGE ANGABEN:

Vorname ..... Nachname .....

Straße ..... PLZ ..... Ort .....

E-Mail ..... Telefon .....

## VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.