Liebe Patientinnen und Patienten, liebe Angehörige,

die Tropenklinik Paul-Lechler-Krankenhaus ist zertifizierte Akutklinik für Altersmedizin und Innere Medizin. Die Palliativmedizin stellt einen weiteren wesentlichen Behandlungsschwerpunkt dar. Ebenso ist die Fachklinik 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. Claudia Raichle
Chefärztin
Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie, Geriatrie, Palliativmedizin, Ernährungsmedizin, Notfallmedizin, Naturheilverfahren

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@tropenklinik.de

Klinikadresse

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

info@tropenklinik.de
www.tropenklinik.de

Klinikträger
Deutsches Institut für
Ärztliche Mission e.V. Tübingen

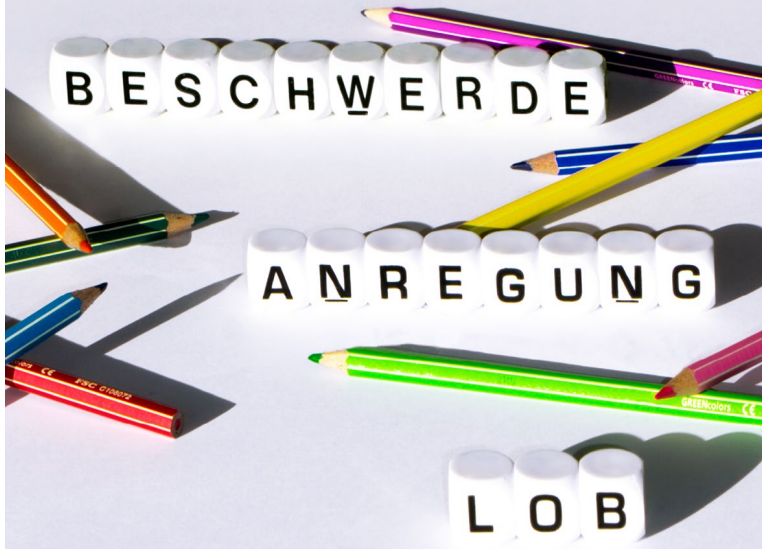
So erreichen Sie uns

Klinikzentrale	07071/206-0
Fax	07071/206-607
Anmeldung stationärer Patienten	206-0
Tübinger Projekt	206-111

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

Tropenklinik
Paul-Lechler-Krankenhaus
Der Mensch ist die Medizin des Menschen

Stand 09/2026



Ihre Meinung ist uns wichtig

Tropenklinik
Paul-Lechler-Krankenhaus
Der Mensch ist die Medizin des Menschen

Ihre Meinung ist uns wichtig

1. Angaben zu Ihrer Person

Patient:in ☐

Angehörige:r ☐

Besucher:in ☐

Station 11 ☐ Station 12 ☐

Station 21 ☐ Station 22 ☐

Station 31 ☐ Tropen- und Reiseambulanz ☐

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.