

KONTAKT

Liebe Patientin, lieber Patient, sehr geehrte Damen und Herren,

wir möchten Sie in unserem Krankenhaus optimal versorgen – deshalb ist uns Ihre Meinung sehr wichtig. Ihr Lob, Ihre Anregung und 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. Ihre Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt. Ihre Rückmeldung können Sie in die dafür vorgesehenen Briefkästen einwerfen oder unserem Pflegepersonal übergeben.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Dr. 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.



Tel. 07071/206-457
E-Mail:
qualitaet@tropenlinik.de

Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus
Paul-Lechler-Straße 26, 72076 Tübingen
E-Mail: info@tropenlinik.de
www.tropenlinik.de

Klinikzentrale	07071/206-0
Fax	07071/206-607
Anmeldung stationärer Patienten	206-0
Anmeldung Tropenambulanz	206-414
Tübinger Projekt	206-111

SPENDENKONTO

Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus
Kreissparkasse Tübingen
IBAN DE12 6415 0020 0004 4443 70
BIC SOLADES1TUB

KLINIKTRÄGER

Difäm – Deutsches Institut
für Ärztliche Mission e.V., Tübingen

Ihre Meinung ist uns wichtig!



Lob Anregung Beschwerde



100 Jahre Tropenlinik
Paul-Lechler-Krankenhaus
Der Mensch ist die Medizin des Menschen

1. ANGABEN ZU IHRER PERSON:

Patient/in

Angehörige/r

Besucher/in

Sonstige

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

Sonstiges

3. STICHWORT:

4. MEINE RÜCKMELDUNG IM DETAIL:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5. WÜNSCHEN SIE EINE RÜCKMELDUNG? JA NEIN

FREIWILLIGE ANGABEN:

Vorname Nachname

Straße PLZ Ort

E-Mail Telefon

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!