

Datenaufnahme	
Datum: _____ ☐ telefonisch / ☐ vor Ort durch: _____	
Beschwerdeführer ☐ Patient; ☐ Betreuer; ☐ Ehegatte; ☐ Kind; ☐ sonstige _____	Name, Vorname: Adresse:
Patient	Name, Vorname:
Geburtsdatum	
Aufenthaltszeitraum	
Station	
Fachbereich	
Kontaktdaten/-wunsch	☐ E-Mail: ☐ Post: ☐ Telefon:
Beschwerdegrund	

 Unterschrift Melder / Betroffener Patient

Ersteller: Osborne, Karin | Freigabedatum: 21.08.2026

Dateiname: 0038220_1_1.docx

Gültig für Standort: DUS