

Rückmeldeformular

Datum: _____

Lob

Kritik

Anregung

Bezug zur PTA (Mitarbeiter*in, Patient*in, etc.)*: _____

Grund der Rückmeldung:

Ausmaß der Zufriedenheit bzw. Verärgerung (Zutreffendes bitte ankreuzen):

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gar nicht	etwas					Sehr hoch				

Rückmeldung erwünscht: ja: nein:

Kontaktdaten*:

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Vielen Dank für Ihre Rückmeldung!