

Ich bin/war im Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ als:

- Patient/in  
 Angehörige/r oder Besucher/in

Im folgenden Bereich:

- Stationärer Aufenthalt: Zimmer Nr. \_\_\_\_\_ Stockwerk \_\_\_\_\_  
 Ambulante Behandlung / Sprechstunde / Therapie / Untersuchung  
 Notfall       Geburt       Brustzentrum

Angaben zu Ihrer Person (freiwillig)

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Dieses Formular können Sie uns im frankierten Rücksendecouvert per Post schicken  
oder Sie werfen es in den hausinternen Briefkasten in der Eingangshalle.



# feedback



IHRE  
ZUFRIEDENHEIT  
LIEGT UNS  
AM HERZEN!

Liebe Patientinnen, liebe Patienten, liebe Angehörige und Besucher

Wir möchten die Qualität unserer Dienstleistungen stetig verbessern. Wir betrachten Ihre Rückmeldung als Chance. Ihre Einschätzung ermöglicht es uns, Schwächen zu erkennen, Verbesserungen vorzunehmen aber auch Gutes zu bewahren.

Selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

Falls Sie Hilfe beim Ausfüllen des Formulars benötigen, wenden Sie sich bitte an eine Pflegefachperson, an das Fachpersonal der Therapiebereiche oder an die Mitarbeiterinnen am Empfangsschalter.

Gerne können Sie sich auch per E-Mail: [qualitaetsmanagement@spital-lachen.ch](mailto:qualitaetsmanagement@spital-lachen.ch) oder telefonisch bei unserem Qualitätsmanagement melden. Sie erreichen uns Montag - Freitag von 8.00 bis 17.00 Uhr unter +41 55 451 30 85.

Wir danken für Ihre wertvolle Mithilfe.

Ihr SPITAL LACHEN

Franziska Berger  
Chief Executive Officer (CEO)

Lob, Anregungen, Verbesserungsvorschläge oder einfach ein paar persönliche Worte

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Reklamationen

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Würden Sie uns weiterempfehlen?

Ja

Nein