

<b>Zu welcher Personengruppe gehören Sie?</b>			
Patientin/Patient		Angehörige/Bezugsperson	Kundin/Kunde
Kostenträger		Krankenhaus	Sonstiges
<b>Name (freiwillige Angabe)</b>			
<b>Wann war das Ereignis?</b>		<b>In welchem Fachbereich?</b>	
<b>Betrifft</b>			
Erreichbarkeit	Wartezeit	Rechnungsstellung	
Verhalten von Teammitgliedern	Befundberichterstattung	Sonstiges	
<b>Teilen Sie uns bitte nähere Angaben zum Ereignis mit</b> (Bei Bedarf können Sie auch die Rückseite verwenden)			
<b>Weitere Anregungen, Lob und Kritik zu Service, Konzept, Information</b>			
Dieses Formular können Sie gerne bei uns abgeben oder alternativ auf folgenden Wegen zukommen lassen:			
Post: ALBERTUS ZENTRUM Frau Mäurer Albertusstr. 18 41061 Mönchengladbach	Fax: 02161-5493444	E-Mail: <a href="mailto:info@albertuszentrum.de">info@albertuszentrum.de</a>	