**Beschwerdeeinbringung an die OÖ Patienten und Pflegevertretung**

# Angaben zur Patientin / zum Patient

Frau  Herr

Akad. Grad:

Vorname:

Familienname:

PLZ und Ort

Straße/Nr.:

Geburtsdatum:

E-Mail:

Telefon:

# Verfasser der Beschwerde (Nur auszufüllen, wenn der Verfasser nicht der betroffene Patient ist)

Frau  Herr

Akad. Grad:

Vorname:

Familienname:

PLZ und Ort

Straße/Nr.:

Telefon:

Beziehung zum Betroffenen:

# Betroffener Leistungsbereich

Ambulanz  Medizin  Pflege  Reinigung

Therapie  Verwaltung  Verpflegung

Datum der Aufenthalte/Behandlungen:

# Sonstige Krankenhäuser bzw. niedergelassene Ärzte, die in Ihren Fall involviert sind

Name:

PLZ und Ort

Straße/Nr.:

Betroffene Abteilung:

Datum der Aufenthalte/Behandlungen:

# Beschwerdegrund

Die im Formular angegebenen Daten, werden nur für den Zweck der Beschwerdeeinbringung an die OÖ Patienten und Pflegevertretung verarbeitet und ausschließlich an diese weitergegeben.

Weitere Informationen finden sie in unserer Datenschutzerklärung.

<http://www.khs.kreuzschwestern.at/krankenhaus-sierning/unser-haus/datenschutzerklaerung-kh>

Ort Datum Unterschrift Mitarbeiter Unterschrift Person