

## QUALITÄT BESTEHT DARIN, AUF IHRE WÜNSCHE EINZUGEHEN

Liebe Patientin

Wir möchten, dass Sie bei uns im Brust Zentrum Hirslanden Klinik Aarau optimal betreut werden, sowohl in den medizinischen Belangen als auch in allen übrigen Bereichen. Damit wir die Qualität unserer Dienstleistungen überprüfen können, sind wir auf Ihre Beurteilung und Ihre Anregungen angewiesen.

Wir bedanken uns für Ihre Rückmeldung, wünschen Ihnen eine angenehme Zeit in unserer Klinik und baldige Genesung.

PD Dr. Nik Hauser  
Klinischer Direktor  
Brust Zentrum Hirslanden Klinik Aarau

Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Betreuung im Brust Zentrum, bei den Abklärungen, während Ihres Klinikaufenthalts oder auch in der Zeit Ihrer Nachbehandlungen? Bitte ankreuzen (Mehrfachnennungen möglich):

- ☐ Ich war sehr zufrieden und würde das Brust Zentrum Hirslanden Klinik Aarau wieder auswählen
- ☐ Ich war sehr zufrieden und würde das Brust Zentrum Hirslanden Klinik Aarau einer Freundin/Angehörigen empfehlen.
- ☐ Ich würde das Brust Zentrum Hirslanden Klinik Aarau nur zurückhaltend weiterempfehlen.
- ☐ Ich würde das Brust Zentrum Hirslanden Klinik Aarau nicht weiterempfehlen.

Persönliche Anmerkungen (Lob und Tadel, Hinweise, Wünsche):

---

---

---

---

Angaben zur Person

Vorname, Name (freiwillig): \_\_\_\_\_

Ich wünsche eine Kontaktaufnahme:

per Email: \_\_\_\_\_

oder Telefon: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie den Fragebogen an eine der folgenden Adressen:

Hirslanden Klinik Aarau, Brust Zentrum, Schänisweg, 5001 Aarau

oder per Email: [brustzentrum.aarau@hirslanden.ch](mailto:brustzentrum.aarau@hirslanden.ch)