

## ZUFRIEDENHEITSUMFRAGE:

Liebe Patientin

Wir möchten, dass Sie bei uns im Brust Zentrum Aarau Cham Zug 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.

**Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit der Betreuung im Brust Zentrum, bei den Abklärungen, während Ihres Klinikaufenthalts oder auch in der Zeit Ihrer Nachbehandlungen?**

- Ich war sehr zufrieden und würde das Brust Zentrum Aarau Cham Zug wieder auswählen oder einer Freundin/Angehörigen empfehlen.
- Ich bin neutral und würde das Brust Zentrum Aarau Cham Zug nur zurückhaltend weiter empfehlen.
- Ich war unzufrieden und würde das Brust Zentrum Aarau Cham Zug nicht weiter empfehlen.

**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)

Hirslanden AndreasKlinik Cham Zug, Brust Zentrum, Rigistrasse 1, 6330 Cham  
oder per Email: [brustzentrum.cham@hirslanden.ch](mailto:brustzentrum.cham@hirslanden.ch)