

ZUFRIEDENHEITSUMFRAGE:

Liebe Patientin, lieber Patient

Wir möchten, dass Sie bei uns im Brustzentrum Bern Biel 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 Brustzentrum Bern Biel, bei den Abklärungen, während Ihres Klinikaufenthalts oder auch in der Zeit Ihrer Nachbehandlungen?

- Ich war sehr zufrieden und würde das Brustzentrum Bern Biel wieder auswählen oder einer Freundin/Angehörigen empfehlen.
- Ich bin neutral und würde das Brustzentrum Bern Biel nur zurückhaltend weiter empfehlen.
- Ich war unzufrieden und würde das Brustzentrum Bern Biel 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 setzen Sie am Standort, an dem Sie betreut wurden ein Kreuz (Bern oder Biel) und senden Sie das Formular an die entsprechende Adresse:

Hirslanden Salem-Spital, Brustzentrum Bern Biel, **Standort Bern**
Haus Blumenberg, Eingang West, Schänzlistrasse 33, 3013 Bern
oder per Email: brustzentrum.bern@hirslanden.ch

Hirslanden Klinik Linde, Brustzentrum Bern Biel, **Standort Biel**
Postfach 688, 2501 Biel
oder per Email: brustzentrum.biel@hirslanden.ch