

Liebe Bewohnerin, lieber Bewohner  
 Liebe Mieterin, lieber Mieter  
 Liebe Gäste

Damit wir unsere Dienstleistung stetig verbessern können, freuen wir uns über Ihre persönliche Einschätzung und Meinung zum Alterszentrum St. Bernhard.

Bitte legen Sie das ausgefüllte Formular in den Briefkasten beim Empfang oder überreichen Sie es zur Weiterleitung einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter.

	Sehr gut	Gut	Zufriedenstellend	Unge-nügend
Freundlichkeit der Mitarbeitenden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hilfestellung bei Fragen und Problemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualität der Speisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege und Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauberkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infrastruktur intakt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gesamteindruck</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anregung/Kritik/Wunsch an das Alterszentrum St. Bernhard**

.....

.....

.....

**Bezug zum St. Bernhard**

Ich wohne hier     Angehörige/r     Gast Restaurant/Cafeteria     .....

**Wünschen Sie eine Kontaktaufnahme?**

Ja     Nein

Ich bin unter folgender Tel.-Nr. erreichbar:

Name, Vorname: .....

Email: ..... Datum: .....