



Gemeinnützige Gesellschaft
für integrative Sozialdienste mbH

Beschwerdeformular für Kunden und Mitarbeiter

Seite 1 von 1

Stand: 08.2014

Beschwerdeführer	Kunde/Mitarbeiter:		
Name:			
Anschrift:			
Telefon:			
Art der Beschwerde	Beschwerdedatum:		
<input type="checkbox"/> persönlich	<input type="checkbox"/> schriftlich	<input type="checkbox"/> telefonisch	
<input type="checkbox"/> Erstbeschwerde	<input type="checkbox"/> Folgebeschwerde	<input type="checkbox"/> Verbesserungsvorschlag	
Betreffende Bereiche	Standort:		
<input type="checkbox"/> Assistenz/Pflege	<input type="checkbox"/> FED/Freizeit	<input type="checkbox"/> Integrationsassistenz	
<input type="checkbox"/> FSJ	<input type="checkbox"/> Beförderung	<input type="checkbox"/> Verwaltung	
<input type="checkbox"/> Tagespflege	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Beschwerdedetails			
Kurze Beschreibung des Beschwerdeinhalts:			
Welche Problemlösung wird gewünscht?			
Zu erledigen bis:			
Problemlösung			
Name des zuständigen Mitarbeiters:			
Eingeleitete Maßnahmen:			
Beschwerde erledigt durch:		am:	
Abschluss des Problems			
Beschwerdeführer benachrichtigt durch:		am:	
Ort	Datum	Name	Unterschrift
Beschwerdeprotokoll an QMB weitergeleitet am:			