

 <small>WOHN- UND WERKSTÄTTEN PADERBORN</small> <small>Geschäftsbereich Altenhilfe</small>	CWW Geschäftsbereich Altenhilfe	CWW-FORMULAR
	Beschwerdemanagement (F)	
Geltungsbereich: Alle Fachbereiche	Dieses Dokument ist folgendem(n) Dokument(en) zugeordnet: Beschwerdemanagement (VA)	

Ihre Meinung ist uns wichtig!

Um aus Ihren Beschwerden zu lernen und Verbesserungsmaßnahmen abzuleiten, bitten wir um die folgenden Angaben. Gerne nehmen wir die Beschwerde gemeinsam mit Ihnen auf. Bitte wenden Sie sich dazu an eine*n Mitarbeiter*in aus dem betroffenen Bereich.

Datum der Beschwerde: _____

Beschwerdesteller*in (Name, Anschrift, Telefon). Diese Angabe ist freiwillig:

Ich bin:

- ☐ Bewohner*in/Gast
 ☐ Angehörige*r
 ☐ Betreuer*in
 ☐ Besucher*in
 ☐ Ehrenamtliche*r
☐ Ärztin/Arzt
 ☐ Therapeut*in
 ☐ Mitarbeiter*in
 ☐ Sonstiges:

Betroffener Leistungsbereich:

- ☐ Pflege (Tagdienst): WB __
 ☐ Pflege (Nachtdienst)
 ☐ Sozialer Dienst
☐ Essen und Trinken
 ☐ Wäscheversorgung
 ☐ Hausreinigung
☐ Alltagsbegleiter*innen
 ☐ Angehörige
 ☐ Ehrenamtliche
☐ Verwaltung
 ☐ Haustechnik
 ☐ Präsenzkkräfte
☐ Externe Anbieter, z.B. Ärztin/Arzt, Apotheke, Krankengymnast*in, Lieferanten >> welche:
 _____ ☐ Sonstiges: _____

Bezug zu Bewohner*in/ Gast (Name, freiwillige Angabe):

Bitte beschreiben Sie Ihr Anliegen näher:

Welche Lösung wünschen Sie?

Wünschen Sie eine Rückmeldung? ☐ ja ☐ nein

Dieses Formular können Sie persönlich bei uns abgeben oder den Beschwerdebriefkasten im Eingangsbereich nutzen.

Rev 04	23.12.2024 Dagmar Kieselmann	23.12.2024	Kategorie: Beschwerdemanagement	
Version	Freigegeben von	Freigabedatum	Dok. Schlüssel: 11240000-0004	Seite 1 von 2

Nur auszufüllen durch die Einrichtung.**1. Diese Beschwerde entstand während:**
☐ Integrationsgespräch

 ☐ Visite Bewohnergespräch

 ☐ Anlassbezogen (siehe Vorderseite)

Entgegengenommen durch _____ am: _____

2. Ggf. Weiterleitung an Prozesseigner*in Beschwerdemanagement (je nach Einrichtung) am _____**3. Weitergabe an Verantwortliche*n des betroffenen Fachbereiches (wen): _____ am : _____**

Information an: _____ am: _____

Information an: _____ am: _____

4. Maßnahmen /Ergebnis (was, bis wann, durch wen):_____
Datum, Unterschrift der/des Verantwortlichen des betroffenen Fachbereiches**Wenn keine Erledigung innerhalb 48h:****Zwischeninformation an Beschwerdesteller*in am: _____ durch: _____****5. Information an Beschwerdesteller*in am: _____**

- ☐
- mündlich
-
- ☐
- schriftlich
-
- ☐
- Telefon

Information an: _____ am: _____

Information an: _____ am: _____

Abgabe des Formulars an Prozesseigner*in Beschwerdemanagement (PB) am: _____**6. Prüfung der realisierten Lösung ist erfolgt am: _____ durch PB****Die realisierte Lösung war erfolgreich:** ☐ ja ☐ Kompromiss ☐ nein**Bei „Kompromiss“ oder „nein“ Begründung und ggf. weiteres Vorgehen:****Wiederkehrende Beschwerde:** ☐ ja ☐ nein_____
(Datum und Unterschrift)