Deutsches Zentrum für Kinder- & Jugendrheumatologie
Zentrum für Schmerztherapie junger Menschen
Sozialpädiatrisches Zentrum
Lehrkrankenhaus der LMU München

# Fragebogen zum stationären Aufenthalt oder ambulanter Behandlung

**Wir freuen uns auf Eure/Ihre Google-Bewertung für den jeweiligen Behandlungsbereich:**

| Rheuma-Zentrum | Zentrum Schmerztherapie | SPZ |
|---|---|---|
| | | |

**Wie zufrieden warst du/waren Sie mit den Abläufen?**

Bei der Aufnahme:

Bei der Diagnostik:

Bei der Therapie:

Bei der Entlassung:

**Meine Gesamtbewertung:**

alles gut | überwiegend gut | geht so | eher nicht so gut | nicht zu empfehlen

**Wenn Sie möchten, können Sie uns gerne noch Weiteres mitteilen:**

☐ **Offizielle Beschwerde** ☐ **Kritik** ☐ **Vorschlag/Idee** ☐ **Lob/Anerkennung**

……

……

……

……

……

……

……

…… ggf. Rückseite ...

**Freiwillige Angabe:**

Name: …… ☐ stationärer Aufenthalt ☐ ambulante Behandlung

Möchten Sie zurückgerufen werden? Wenn ja, Tel.-Nr.: _____

Werfen Sie den ausgefüllten Bogen bitte in einen der BRIEFKÄSTEN.