



## Beschwerdeformular für Patienten

Patienteninformationen	
Patientenname	
Geburtsdatum Patient:	
Telefon Nr.:	Um Rückruf wird gebeten Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

INFORMATION ZUR REKLAMATION	
Datum der Reklamation:	Reklamation entgegengenommen von: <small>(wird vom Labor ausgefüllt)</small>
Einzelheiten zur Reklamation:	
Erste Antwort und Sofortmaßnahmen: <small>(wird vom Labor ausgefüllt)</small>	
Mögliche Ursache: <small>(wird vom Labor ausgefüllt)</small>	
Weiterbearbeitung der Korrekturmaßnahmen: <small>(wird vom Labor ausgefüllt)</small>	
Welche Schritte sollten unternommen werden, um eine Wiederholung des Problems zu vermeiden: <small>(wird vom Labor ausgefüllt)</small>	

Unterschrift es Patienten: \_\_\_\_\_

Bitte an 0341 – 97 69 37 69 faxen oder gescannt per E-Mail an [gm@labor-dpl.de](mailto:gm@labor-dpl.de)