

Nummer:

**Aufnahmeformular für Beschwerden**

Name des Beschwerdeführers (evtl. Adresse, Telefonnummer, Fax, E-Mail)	Herrn/Frau
Beschwerdezugang	Aufgenommen von: <input type="checkbox"/> telefonisch <input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> schriftlich
Information zum Beschwerdeführer	<input type="checkbox"/> Teilnehmer <input type="checkbox"/> Angehöriger <input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Kostenträger <input type="checkbox"/> Anwohner <input type="checkbox"/> Sonstiger/Externer
Datum	Uhrzeit

Inhalt der Beschwerde

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Verantwortungsbereich	Thema der Beschwerden	Zutreffende
1.) Ausbildung / Fachbereich		
2.) Schulen		
3.) Internate		
4.) Medizinischer Dienst		
5.) Psychologischer Dienst		
6.) Soz.-Pädagogischer Dienst		
7.) ZEBRA		
8.) HELIOS Klinik Hohenstücken		
9.) BBW Allgemein		

Eingeleitete Maßnahme zur Abhilfe der Beschwerde

- telefonisches Gespräch mit dem Beschwerdeführer
- persönliches Gespräch mit dem Beschwerdeführer
- schriftliche Stellungnahme
- Thema in der Teambesprechung
- Thema in der Dienstbesprechung
- Fallbesprechung
- Mitarbeitergespräch
- Visite/Besuch
- sonstiges

Erläuterungen zu den eingeleiteten Maßnahmen

---

---

---

---

---

---

---

---

Nach 5 Tagen müssen Ergebnisse zu den eingeleiteten Maßnahmen schriftlich festgehalten werden!

Ergebnisbeschreibung

---

---

---

Beschwerdebearbeitung abgeschlossen am \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_