



**Bitte das graue Feld nicht ausfüllen**

**Für die Bearbeitung von der Clearingstelle weitergeleitet an die zuständige  
Fachbereichsleitung:**

- |   |                                      |  |
|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Pflegedienst   | <input type="checkbox"/> Verwaltung  | <input type="checkbox"/> Küche           |
| <input type="checkbox"/> Hauswirtschaft | <input type="checkbox"/> Haustechnik | <input type="checkbox"/> Sozialbetreuung |

Kopie an: \_\_\_\_\_

**Analyse der Beschwerde/ des Verbesserungsvorschlages:**

Umsetzung möglich?      ja sofort       ja später  (Begründung)      nein  (Begründung)

**Begründung:**

---

---

---

---

**Maßnahmen zur Behebung der Beschwerde/ des Verbesserungsvorschlages:**

---

---

---

---

Rückmeldung erfolgte an den Absender der Beschwerde bzw. des Verbesserungsvorschlages

am: \_\_\_\_\_      Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ablage

Wiedervorlage

**Bitte dieses ausgefüllte Dokument an die Clearingstelle weiterleiten**