

PATIENTEN-/ELTERN-  
FEEDBACK

# Ihre Meinung ist uns wichtig



## Liebe Eltern

**Ihre Anliegen, Wünsche und Kritiken helfen uns, die Qualität unseres Angebots laufend zu verbessern. Schreiben Sie uns, wie zufrieden Sie waren oder was wir Ihrer Meinung nach verbessern sollten.**

**Herzlichen Dank!**

1. Alter oder Geburtsdatum Ihres Kindes: \_\_\_\_\_

3. Möchten Sie, dass wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen?

Ja gerne  Nein danke

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

---

### Bei Rückfragen helfen wir Ihnen gerne weiter:

Feedback und Patientenberatung

Telefon +41 44 266 81 35

[feedback@kispi.uzh.ch](mailto:feedback@kispi.uzh.ch)

[www.kispi.uzh.ch/feedback](http://www.kispi.uzh.ch/feedback)





UNIVERSITÄTS-  
**KINDERSPITAL**  
**ZÜRICH**

*Kinderpermanence  
Circle*

Kinderspital Zürich - Eleonorenstiftung  
Kinderpermanence Circle  
Zürich-Flughafen

[www.kispi.uzh.ch/circle](http://www.kispi.uzh.ch/circle)  
Telefon +41 44 255 81 12