

## Ihre Meinung



**Danke, dass Sie sich die Zeit für eine Rückmeldung nehmen.**

**Fühlten Sie sich im Spital Schwyz in guten Händen?**

- 5 (absolut)
- 4
- 3
- 2
- 1 (überhaupt nicht)

**Werden Sie das Spital Schwyz weiterempfehlen?**

- 5 (sicher empfehlen)
- 4
- 3
- 2
- 1 (sicher nicht empfehlen)

**Station**

- |                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Station A6  | <input type="checkbox"/> Station B7     |
| <input type="checkbox"/> Station A7  | <input type="checkbox"/> Station C7     |
| <input type="checkbox"/> Station A8  | <input type="checkbox"/> Notfallstation |
| <input type="checkbox"/> Station A9  | <input type="checkbox"/> Tagesklinik    |
| <input type="checkbox"/> Station A10 | <input type="checkbox"/> Intensiv-      |
| <input type="checkbox"/> Station B6  | behandlungsstation                      |

**Zimmer-Nr.** \_\_\_\_\_

**Persönliche Bemerkung**

**Anrede**

- Frau     Herr

**Vorname** \_\_\_\_\_

**Name** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

**Strasse/Nr.** \_\_\_\_\_

**PLZ** \_\_\_\_\_

**Ort** \_\_\_\_\_

**E-Mail** \_\_\_\_\_

**Telefon** \_\_\_\_\_

▶ **Bitte ausgefülltes Formular lokal speichern und an folgende E-Mail-Adresse senden: [feedback@spital-schwyz.ch](mailto:feedback@spital-schwyz.ch)**

**Gerne können Sie uns auch weitere Dateien per Mailanhang zuschicken. Herzlichen Dank.**