



Klinik St. Josef  
St. Vith

# Ihre Meinung ist uns wichtig!

## Persönliche Angaben

Name .....

Vorname .....

Wohnort .....

E-Mail-Adresse .....

## Ihre Erfahrung in der Klinik St. Josef

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Möchten Sie eine Rückmeldung von uns?

Ja

Nein

Wenn ja, was können wir für Sie tun?

.....  
.....  
.....  
.....

## Dürfen wir Ihre Erfahrungen mit anderen teilen?

Ja

Nein