

Datum	Name (Ausfüller)	Name (Vorschlagender/ Beschwerdeführer)
	Telefon:	Telefon:

Inhalt der Verbesserung/ Objektive Beschreibung der Beschwerde

--

Eingeleitete Sofortmaßnahme:

--

Weitergeleitet an

Eingang bei (Name)	am (Datum)	Bestätigung (max. 48 h) am

Eingeleitete Maßnahmen

--

Ggf. weitere Beteiligte/ weitere Angaben

--

Endbescheid/ Zwischenstand an (Name)	am (Datum)
Ist der Einreicher zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Eingang QM Beauftragter (Name)	am (Datum)