 <b>DIAKONIEWERK OBERLAUSITZ gGmbH</b>	Formular zum Melden von Ideen und Beschwerden - digitales Formular Geltungsbereich: Wohnen
Qualitätsmanagement	Datum: 27. Januar 2025

An die **Ideen- und Beschwerdestelle**  
 der Diakoniewerk Oberlausitz gGmbH  
 Bereich Wohnen  
 Am Sportplatz 6  
 02747 Großhennersdorf

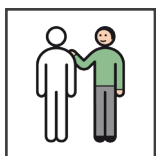
## Formular zum Melden von Ideen und Beschwerden



Wir sind die Mitarbeiter im Diakoniewerk Oberlausitz.  
 Wir betreuen die Bewohner und organisieren den Tag.  
 Wir wollen dabei immer besser werden.  
 Dafür benötigen wir Ihre Hilfe.



Dabei können Sie uns helfen:  
 - Sie haben eine **Idee**, um den Alltag zu verbessern?  
 - Sie **ärgern** sich über Dinge im Bereich Wohnen?  
 Dann schreiben Sie das in dieses Formular.



Sie brauchen Hilfe beim Ausfüllen?  
 Ein Mitarbeiter oder ein Freund kann dabei helfen.



Am Ende stecken Sie alle Blätter zurück in den Umschlag.  
 Der Brief kommt dann in den Briefkasten  
 in Ihrem Wohnbereich.  
 Sie können das Formular auch als E-Mail verschicken.  
 Die Adresse lautet: [ibw@diakoniewerk-oberlausitz.de](mailto:ibw@diakoniewerk-oberlausitz.de)



Die **Ideen- und Beschwerdestelle** bekommt diesen Brief.  
 Nach spätestens 20 Tagen bekommen Sie eine Antwort.  
 Dann wissen Sie, wie das Thema umgesetzt wird.

Bearbeitung	Prüfung	Freigabe	Version	Kapitel	Seite
QMB	SD	GF	1	W-QM-7.2-2	1 von 5



Sie haben eine **Idee**, um den Alltag zu verbessern?  
 Dann füllen Sie dieses Blatt auf beiden Seiten aus.

Mein Name ist:

\_\_\_\_\_

Hier kann man mich besuchen:

\_\_\_\_\_

Ich möchte meinen Namen **nicht** sagen.

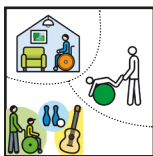


Ich bin:

- Bewohnerin oder Bewohner
- Familien-Angehöriger
- gesetzlicher Betreuer
- Mitarbeitender.
- Ich habe die Aufgabe: \_\_\_\_\_
- nichts davon.
- Ich bin: \_\_\_\_\_

Ich habe eine Idee für den Bereich:

- Wohnheim  
Das Haus heißt: \_\_\_\_\_
- Außenwohngruppe  
Die Wohnung heißt: \_\_\_\_\_
- Wohnen in der eigenen Wohnung
- Ambulanter Dienst
- Medizinischer Bereich
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Sozialdienst
- Geschäftsleitung
- nichts davon.  
Der Bereich heißt: \_\_\_\_\_



Ich habe eine neue Idee.  
Das möchte ich ändern:




---

Datum:

---



Unterschrift (freiwillig):

---

**Vielen Dank für Ihre Hilfe.**



Sie haben sich geärgert und möchten sich beschweren?  
Dann füllen Sie dieses Blatt auf beiden Seiten aus.

Mein Name ist:

\_\_\_\_\_

Hier kann man mich besuchen:

\_\_\_\_\_

Ich möchte meinen Namen **nicht** sagen.

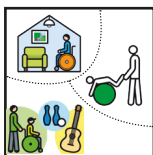


Ich bin:

- Bewohnerin oder Bewohner
- Familien-Angehöriger
- gesetzlicher Betreuer
- Mitarbeitender.
- Ich habe die Aufgabe: \_\_\_\_\_
- nichts davon.
- Ich bin: \_\_\_\_\_

Ich habe eine Idee für den Bereich:

- Wohnheim  
Das Haus heißt: \_\_\_\_\_
- Außenwohngruppe  
Die Wohnung heißt: \_\_\_\_\_
- Wohnen in der eigenen Wohnung
- Ambulanter Dienst
- Medizinischer Bereich
- Physiotherapie
- Ergotherapie
- Sozialdienst
- Geschäftsleitung
- nichts davon.  
Der Bereich heißt: \_\_\_\_\_





Das ist passiert:



Hier ist es passiert:

Zu dieser Zeit ist es passiert:

Diese Person war dabei:



Ich habe eine Idee um das Problem zu lösen:

Ich habe mir Hilfe geholt von:



Das ist danach passiert:



Ich bin damit unzufrieden, weil:



Datum:

Unterschrift (freiwillig):

**Vielen Dank für Ihre Hilfe.**

Bearbeitung	Prüfung	Freigabe	Version	Kapitel	Seite
QMB	SD	GF	1	W-QM-7.2-2	5 von 5