

ANGABEN ZUR PERSON

Name:

Vorname:

Adresse:

Wohnort:

Telefon:

Mobile:

Mail:

Geburtsdatum:

Welche Erwartungen haben Sie an die Ombudsstelle?

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

Haben Sie einen Anwalt/eine Anwältin, der/die Sie berät? ja nein

Befinden Sie sich in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Gibt es Vereinbarungen, die Sie bezüglich Ihrer Beanstandungen
bereits getroffen haben? ja nein

Wenn ja, welche:

.....
.....

.....

Ort / Datum

.....

Unterschrift