

بنام خدا

فرم اعلام شکایت، پیشنهاد و انتقاد

کد پیگیری:

بخش:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی شاکی (در صورت تمایل):

نام و نام خانوادگی بیمار:

تلفن تماس جهت اعلام نتیجه بررسی و پیگیری (در صورت تمایل):

نحوه شکایت: تلفنی کتبی حضوری

منبع شکایت: بیمار / خانواده بیمار پرسنل بیمارستان سایر موارد

موضوع شکایت:

برخورد نامناسب: (پزشک پرستار کادر اداری کادر خدماتی و پشتیبانی)

نارضایتی از کیفیت ارائه خدمات درمانی و مراقبتی بالا بودن هزینه ها

انتظار طولانی جهت دریافت خدمات و بلا تکلیفی فضای نامناسب بیمارستان

امکانات رفاهی نامناسب سایر (لطفاً دقیقاً ذکر نمایید)

برای بهبود عملکرد بیمارستان چه پیشنهادی دارید؟

اطلاعات دموگرافیک (شخصی): در صورت تمایل تکمیل نمایید: جنس: مرد زن سن: سال

تحصیلات: زیر دیپلم دیپلم و فوق دیپلم لیسانس فوق لیسانس و بالاتر

شغل: کارمند کارگر آزاد خانه دار سایر(قید گردد):

امضاء شاکی

اقدامات انجام شده، نتیجه گیری و بازخوردهای لازم:

کد پیگیری:

لطفاً این قسمت را نزد خود نگه دارید.

جهت پیگیری و دریافت نتیجه بررسی در ساعات اداری با شماره تلفن ۰۳+۳۷۲۴۹۰-۰۴۱ تماس فرمائید.