

# فرم ثبت شکایات بیماران و مراجعین بیمارستان آموزشی و درمانی امام رضا (ع) اردبیل

کد :

تاریخ :

نام و نام خانوادگی ( در صورت تمایل ) :

جنس :  زن  مرد

میزان تحصیلات :

بخش یا واحد :

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم :

تاریخ بستری یا مراجعه :

بیمه :

نشانی و تلفن ( در صورت تمایل ) :

( اگر شاکی تمایل دارد نتیجه به اطلاعش رسانده شو، حتماً شماره تماس نوشته شود ).

کتبی

شفاهی

تلفنی

شرح مشکل : ( چه مشکلی پیش آمده ؟ کی و کجا ؟ چه کسانی در ان نقش داشته اند ؟ )

پیشنهاد اصلاحی :

۱- بخش یا واحد مورد شکایت :

۲- فرد مورد شکایت

پزشک  پرستار  بهیار و کمک بهیار  پرسنل اداری  پرسنل مالی  پرسنل خدماتی  سایر ....

۳- موضوع شکایت :

تسهیلات رفاهی ، تغذیه ، نظافت   
میزان هزینه   
برخورد نامناسب   
نبود تخت خالی   
انتظار بیش از حد یا معطلی   
ارائه اطلاعات ناکافی   
عدم رضایت از خدمات درمانی   
عدم کنترل مناسب یا به موقع درد

۴- ارجاع به :

مدیر  مترون  معاون آموزشی  سایر

۵- آیا شکایت مربوط به بیمار فوت شده می باشد ؟  بلی  خیر

۱- پاسخ مسئول مربوطه یا رسیدگی انجام شده

تاریخ :

نتیجه نهایی رسیدگی به شکایات ، ایا منجر به رضایتمندی شده یا خیر ؟ تاریخ :