

فرم رسیدگی به شکایات

شماره پرونده بیمار:

نام بیمار / مراجعه کننده: تلفن: تاریخ:

نوع شکایت: برخورد نامناسب کارکنان بخش = کیفیت مراقبت ها = مدت زمان اقامت = هزینه =
منبع شکایت: خود بیمار = خانواده بیمار یا نماینده او = پرستار = پزشک = سایر موارد =
نحوه ی ارائه شکایت: کتبی = تلفنی =
شرح شکایت / انتقاد / پیشنهاد:

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

امضاء تکمیل کننده:

ریاست محترم بیمارستان / مدیر محترم پرستار

با احترام نتایج بررسی در خصوص شکایت به شرح ذیل / پیوست به استحضار

.....
.....

به طور خلاصه پیشنهادات

.....
.....

تاریخ و امضاء مسئول واحد رسیدگی به شکایات:

خانم: مسئول محترم واحد رسیدگی به شکایات

با توجه به نظرات فوق و هماهنگی واحدهای مرتبط اقدامات را حداکثر تا تاریخ انجام دهید.

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

تاریخ و امضاء ریاست بیمارستان:

خانم: مسئول محترم واحد رسیدگی به شکایات

با توجه به نظرات فوق و هماهنگی واحدهای مرتبط اقدامات را حداکثر تا تاریخ انجام دهید.

تاریخ و امضاء مدیر پرستاری:

نتیجه اقدامات انجام شده / پاسخ به شاکی

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

ثبت درسهای آموخته شده در شکایت و واحدهای فیزیک گیرنده

تاریخ و امضاءمسئول واحد رسیدگی:

.....
.....

این قسمت توسط فرد شاکی تکمیل می گردد

مسئول واحد رسیدگی به شکایات

ریاست بیمارستان

مدیریت پرستارستان

مسئول واحد رسیدگی به شکایات