



برگه رسیدگی به شکایات ، انتقادات و پیشنهادات

شماره سند:

تاریخ:

بیمارستان زعیم

نوع طرح شکایات ، انتقادات و پیشنهادات : ۱- کتبی ۲- شفاهی

تاریخ مراجعه :

مشخصات مراجعه کننده : ۱- بیمار ۲- همراه بیمار ۳- کارکنان مرکز ۴- پزشک ۵- سایر موارد

نام و نام خانوادگی مراجعه کننده :

شماره تماس :

چنانچه شکایت ، انتقاد و یا پیشنهاد مراجعه کننده در خصوص خدمات تشخیصی و درمانی این مرکز دارید، لطفا اطلاعات ذیل را تکمیل فرمائید

نام و نام خانوادگی بیمار:

نام بخش یا واحد مربوطه:

موضوع و شرح مختصر شکایات ، انتقاد و یا پیشنهاد:

نام و نام خانوادگی

امضاء و اثر انگشت

سطح بندی شکایت واصله :

۱- رسیدگی آنی (بلا فاصله) ۳- رسیدگی در اولویت اول (حداکثر ۲۴ ساعت)

۲- رسیدگی فوری (کمتر از ۶ ساعت) ۴- پیگیری در اولین فرصت (غیر فوری و بدون اولویت)

شرح اقدامات توسط واحد رسیدگی به شکایات (بازخورد به مسئول بخش/مسئولین ارشد مرکز/ نیاز به جبران خسارت و طرح در کمیته)

عدم رفع شکایت و عدم جلب رضایت

نتیجه پیگیری شکایت واصله : رفع شکایت و جلب رضایت

تاریخ و ساعت بازخورد نتیجه شکایت به مراجعه کننده و اتمام فرآیند:

نام و نام خانوادگی

مسئول رسیدگی به شکایات