



بیمارستان خاتم الانبیاء (ص) بافت

فرم شکایات

کد سند: Fr/QI/52/1

| | | | | |
|--|----------|--------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| نام بخش: کد رهگیری: | تاریخ | نحوه ارجاع شکایت | | |
| | شماره: | <input type="checkbox"/> تلفنی | <input type="checkbox"/> حضوری | <input type="checkbox"/> کتبی |
| | نام پدر: | نام و نام خانوادگی: | | |
| شرح شکایت: | | | | |
| تلفن و آدرس شاکی: | | | | |
| امضاء شاکی | | | | |
| اقدام انجام شده توسط کارشناس رسیدگی به شکایات | | | | |
| تاریخ و امضاء | | | | |
| اقدام انجام شده توسط (ریاست بیمارستان، مدیر، مسئول بخش) | | | | |
| تاریخ و امضاء | | | | |
| اعلام نتیجه توسط کارشناس رسیدگی به شکایات: | | | | |
| نتیجه به اطلاع شاکی رسید | | | | |
| <input type="checkbox"/> راهنمایی شاکی برای پیگیری شکایات از طریق مراجع قانونی | | | | |
| نتیجه به اطلاع شاکی نرسید | | | | |
| <input type="checkbox"/> نحوه اعلام پاسخ به شاکی تلفنی | | | | |
| <input type="checkbox"/> کتبی | | | | |
| تاریخ | | | | |