



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی البرز
مرکز آموزشی درمانی شهید مدنی

فرم رسیدگی به شکایات بیماران و مراجعین

دفتر بهبود کیفیت و اعتبار بخشی
شماره سند : MH-PRACAS-FR001 ویرایش : ۷
تاریخ بازنگری : ۹۸ / ۳ / ۱
تاریخ ابلاغ : ۹۸ / ۳ / ۱۵
تاریخ بازنگری بعدی : ۹۹ / ۳ / ۱

نام بخش :

نام و نام خانوادگی بیمار:

کد بیمار:

شماره پرونده:

کد شکایت:

تاریخ ارائه شکایت:

تاریخ بررسی و حل و فصل:

اولویت شکایت:

نوع شکایت:

- برخورد نامناسب کارکنان بخش

- نارضایتی از بالا بودن هزینه ها

- سایر موارد (لطفاً قید شود)

- کیفیت ارائه مراقبت ها

- نارضایتی از پزشک معالج

- مدت زمان اقامت

منبع شکایت:

- خود بیمار

- خانواده بیمار یا نماینده او

- سایر موارد (لطفاً قید شود)

نحوه ارائه شکایت:

- کتبی (صندوق شکایت و)

- کتبی (کادر پرستاری بخش)

- حضوری

- سایر موارد (لطفاً قید شود)

- کتبی (رسیدگی به شکایات)

- کتبی (سوپروایزر بالینی)

موضوع شکایت:

بررسی و اقدامات انجام شده:

شماره تلفن فرد شکایت کننده :

امضای فرد شکایت کننده

مسئول رسیدگی به شکایات

تأیید ریاست مرکز