



HASTA ŞİKAYET-ÖNERİ DEĞERLENDİRME FORMU

Dokuman No:	YÖN.FR.20
Yayın Tarihi:	10.09.2009
Rev.No:	00
Rev.Tarihi:	
Sayfa No:	1/1

HASTA ADI / HASTANIN
ALDIĞI HİZMET/ ADRESİ /
TEL/ E-MAİL

ŞİKAYET TARİHİ

ŞİKAYET NO

KONU

ŞİKAYETİN GELİŞ ŞEKLİ

TELEFON

FAX

E MAİL

SÖZLÜ

ŞİKAYETİN AÇIKLAMASI:

ŞİKAYETİ ALAN:

ŞİKAYETİN KAYNAĞI:

TARİH:../../..

KİŞİYE YAPILAN AÇIKLAMA (TELAFİ EDİCİ İŞLEM VARSA)

AKSAKLIK VARSA ÖNLEYİCİ FAALİYETLERİN SAPTANMASI?

TARİH:../../..

SONUÇ: AKSAKLIK GİDERİLDİ / GİDERİLMEDİ

TARİH:../../..

HASTA HAKLARI SORUMLUSU