



بسمه تعالی

مدیریت درمان استان زنجان

بیمارستان امید ابر

کد مدرک : ۰۴ / فر / ۰۱

ویرایش : سه

شماره سریال

فرم رسیدگی به شکایات کتبی

این قسمت توسط فرد شاکی تکمیل میگردد	<p>نام بیمار / مراجعه کننده</p> <p>طریقه اعلام شکایت : شفاهی <input type="checkbox"/> منبج شکایت : بیمار <input type="checkbox"/> شرح شکایت :</p> <p>تلفن : مکتوب <input type="checkbox"/> همراه بیمار <input type="checkbox"/></p> <p>تاریخ : درون بیمارستان <input type="checkbox"/> سایر مراجعین <input type="checkbox"/></p> <p>بیرون بیمارستان <input type="checkbox"/></p> <p>تاریخ / امضاء تکمیل کننده</p>
مسئول واحد رسیدگی به شکایات	<p>مدیریت محترم بیمارستان:</p> <p>با احترام با نگاه اجمالی در خصوص شکایت مطروحه فوق ، مراتب ذیل / پیوست به استحضار میرسد:</p> <p>به طور خلاصه پیشنهادات :</p> <p>تاریخ و امضاء مسئول واحد رسیدگی به شکایات</p>
ریاست / مدیریت	<p>آقای / خانم مسئول محترم واحد / بخش</p> <p>با توجه به نظرات فوق با هماهنگی واحدهای مرتبط اقدامات ذیل را حداکثر تا تاریخ انجام دهید.</p> <p>تاریخ و امضاء ریاست / مدیریت</p>
مسئول واحد رسیدگی به شکایات نماینده	<p>نتیجه اقدامات انجام شده / پاسخ به شاکی</p> <p>ثبت درسهای آموخته شده از شکایت و واحدهای فیدبک گیرنده:</p> <p><input type="checkbox"/> مورد شکایت مرتفع شد و اقدامات انجام شده و رضایت فرد شاکی را جلب نمود.</p> <p><input type="checkbox"/> مورد شکایت مرتفع نشد و موضوع به ریاست مرکز ارجاع گردید.</p> <p>تاریخ و امضاء مسئول واحد رسیدگی</p>

جهت پیگیری درخواست شما می باشد.

شماره سریال

مراجعه کننده گرامی : با تشکر از تکمیل فرم فوق در تاریخ

امضاء

شماره تماس جهت پیگیری: ۰۲۴۳۵۲۴۱۹۶۹

نام مسئول رسیدگی و پاسخگویی به شکایات : اصغر رجبی