

# فرم رسیدگی به شکایات فرصتها برای بهبود خدمات

شماره فرم : QI/FO/017

شماره بازنگری : ۴

شماره پرونده :	<input type="checkbox"/> آنی <input type="checkbox"/> فوری <input type="checkbox"/> در اولویت اول <input type="checkbox"/> در نوبت رسیدگی	نوع رسیدگی	<input type="checkbox"/> درمانگاه <input type="checkbox"/> اورژانسی <input type="checkbox"/> سرپایی <input type="checkbox"/> بستری <input type="checkbox"/> سایر	نوع مراجعه	نام بخش :	کدرهگیری :
تلفن همراه :					<input type="radio"/> بیمار	<input type="radio"/> همراه بیمار
تلفن ثابت :					نام و نام خانوادگی بیمار:	نام و نام خانوادگی شاکی:
تاریخ و ساعت طرح شکایت:						

## موضوع شکایت

<input type="radio"/> تاخیر در انجام خدمات درمانی <input type="radio"/> کیفیت نامناسب خدمات <input type="radio"/> سایر : .....	<input type="radio"/> خدمات <input type="radio"/> نگهبان <input type="radio"/> کمک بهیار	<input type="radio"/> پرستار <input type="radio"/> پرستل پذیرش <input type="radio"/> پرستل اداری	<input type="radio"/> پرستل نامناسب <input type="radio"/> پزشک <input type="radio"/> سرپرستار <input type="radio"/> پرستل صندوق <input type="radio"/> منشی <input type="radio"/> پرستل پذیرش <input type="radio"/> پرستل اداری
--	--	--	--

چنانچه از فرد یا افراد خاصی شاکی هستید نام ایشان را بنویسید:

شرح شکایت :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

نام و نام خانوادگی و امضا

درخواست کننده محترم: این قسمت را نزد خود نگه دارید و جهت پیگیری شکایت خود یک هفته بعد از طریق کد رهگیری اقدام نمایید. کدرهگیری: ..... شماره تلفن جهت پیگیری شکایت در ساعات اداری: ۰۵-۳۲۶۰۰۹۶۱-۰۳۱ داخلی ۲۹۵ و یا شماره موبایل ۰۹۰۱۴۹۵۰۸۱۱  
باتشکر مسئول حقوق گیرنده خدمت (رسیدگی به شکایات)