



دانشگاه علوم پزشکی ایلام

فرم رسیدگی به شکایت

شماره :

تاریخ :

- 1- نام و نام خانوادگی بیمار :
2- نام و نام خانوادگی فرد شاکی :
3- بخش / واحد مورد شاکی :
4- نحوه دریافت شکایت :
5- فرد یا افراد مورد شکایت :
پزشک - رزیدنت - انترن - پرستار - بهیار - خدماتی - نگهبانی - اداری - سایر
6- آیا شکایت مربوط به بیمار فوت شده است ؟ بله خیر

موضوع شکایت :

متصدی دریافت شکایت :

امضا فرد شاکی :

نوع شکایت : عادی فوری
مسئول محترم واحد رسیدگی به شکایت . احتراماً نسبت به بررسی شکایت فوق اقدام مقتضی اجرا و نتیجه را حداکثر تا تاریخ / / اعلام فرمایید .
ریاست بیمارستان

ریاست محترم بیمارستان . احتراماً در پاسخ به شکایت دریافتی فوق بررسی های لازم به عمل آمده و شکایت فوق : وارد می باشد وارد نمی باشد
دلایل / توضیحات :

واحد رسیدگی به شکایت

تاریخ بایگانی :

با توجه به ماهیت شکایت نیاز به هماهنگی با مدیریت درمان : دارد ندارد

واحد رسیدگی به شکایت