

مرکز آموزشی درمانی امدادی اهر

فرم طرح شکایت بیمار و همراهان از خدمات بیمارستانی

* ثبت مشخصات بیمار و شماره پرونده اجباری نیست.

نام بیمار :

نام خانوادگی بیمار :

شماره پرونده بیمار :

تاریخ حادثه :

نام بیمارستان :

نوع شکایت :

برخورد نامناسب کارکنان کیفیت ارائه خدمات مدت زمان اقامت در بخش
اورژانس

هزینه های پرداخت شده

سایر موارد

سمت فرد مورد شکایت :

توضیحات :

* در صورتی که تمایل به پیگیری یا پاسخ دهی به شکایات را دارید شماره تماس خود را ذکر نمایید.

آدرس الکترونیکی :

This document was created with Win2PDF available at <http://www.daneprairie.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.