



ثبت و رسیدگی به شکایات

کد مدرک و شماره بازنگری

DF-FR-003/00

تاریخ اعلام شکایت:	ساعت:	تلفن تماس مستقیم با شاکی:
نام شاکی / کد ملی:	شماره پرونده بیمار	
ش دانشجویی / ش پرسنلی کارمند:	کد پیگیری:	
سن : جنسیت : <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن وضعیت تاهل : <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> متاهل شغل : <input type="checkbox"/> خانه دار <input type="checkbox"/> کارمند <input type="checkbox"/> آزاد <input type="checkbox"/> دانشجو		
میزان تحصیلات : <input type="checkbox"/> زیر دیپلم <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد و بالاتر		
نام تکمیل کننده فرم (اگر فردی غیر از بیمار است) : نسبت با بیمار :		
نشانی و شماره تلفن (در صورت تمایل) :		
کانال دریافت شکایت: <input type="checkbox"/> بیمار <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> کارمند <input type="checkbox"/> موسسات و شرکت ها <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> پیام کوتاه <input type="checkbox"/> سایر		
بند اول : این بند ترجیحاً توسط شاکی / بیمار / همراه بیمار تکمیل شود .		
شرح مشکل : در تکمیل این قسمت به این موارد توجه شود : چه اتفاقی یا مشکلی پیش آمده ؟ کی و کجا؟ چه کسانی در آن نقش داشته اند؟		
بند دوم : این بند توسط مسئول واحد رسیدگی به شکایات تکمیل شود.		
۱. بخش / واحد مورد شکایت :		
۲. فرد مورد شکایت: <input type="checkbox"/> پزشک هیات علمی <input type="checkbox"/> متخصص <input type="checkbox"/> رزیدنت <input type="checkbox"/> دانشجو <input type="checkbox"/> پذیرش <input type="checkbox"/> بهداشتکار <input type="checkbox"/> پرسنل اداری <input type="checkbox"/> پرسنل خدماتی <input type="checkbox"/> نگهبانی سایر افراد :		
۳. موضوع مورد شکایت :		
<input type="checkbox"/> انتظار بیش از حد <input type="checkbox"/> میزان هزینه <input type="checkbox"/> عدم دسترسی به دندانپزشک <input type="checkbox"/> برخورد نامناسب <input type="checkbox"/> عدم کنترل مناسب یا به موقع درد <input type="checkbox"/> لغو یا تعویق وقت ارائه خدمت <input type="checkbox"/> ارائه اطلاعات ناکافی یا غیر قابل فهم <input type="checkbox"/> عدم رضایت از خدمات درمانی ارائه شده <input type="checkbox"/> عدم رضایت از خدمات اداری ارائه شده <input type="checkbox"/> تسهیلات رفاهی <input type="checkbox"/> تغذیه <input type="checkbox"/> نظافت <input type="checkbox"/> سرمایشی <input type="checkbox"/> گرمایشی <input type="checkbox"/> سایر موارد		
۴. پیگیری توسط : رئیس <input type="checkbox"/> معاون اداری مالی <input type="checkbox"/> رئیس گروه		
بند سوم : این بند توسط مسئول واحد رسیدگی به شکایات تکمیل شود .		
نتیجه بررسی مسئول واحد رسیدگی به شکایات :		



ثبت و رسیدگی به شکایات

کد مدرک و شماره بازنگری

DF-FR-003/00

بند چهارم :

۱. اعلام نظر و دستور رییس / معاون اداری مالی :

تاریخ: / / ۱۳

۲. پاسخ مسئول مربوطه یا رسیدگی انجام شده :

تاریخ: / / ۱۳

بند پنجم : این بند توسط مسئول واحد رسیدگی به شکایات تکمیل شود .

شرح اقدام در نظر گرفته شده

تاریخ و امضاء	گزارش	مهلت	مسئول	شرح	حالت
				تماس با مشتری و اطلاع رسانی	شکایت وارد نیست
					شکایت وارد است

در تاریخ/...../..... بصورت تماس تلفنی نامه حضوری ایمیل پیام کوتاه سایر..... جهت ارائه گزارش اقدامات انجام شده و دلجوئی با شاکی تماس حاصل شد. رضایت مشتری جلب شد نشد شماره اقدام:

تاریخ و امضاء :

نظر سنجی رسیدگی به شکایت در تاریخ/...../..... توسط : تماس تلفنی نامه حضوری ایمیل پیام کوتاه سایر.....انجام گرفت و شاکی از روند رسیدگی به شکایت رضایت داشتند نداشتند . در صورت عدم رضایت رسیدگی مجدد به شماره صادر شد.

تاریخ و امضاء :