**بسم الله الرحمن الرحیم**

**دانشگاه علوم پزشکی وخمات بهداشتی درمانی بابل**

**مرکز آموزشی درمانی شهید مظلوم دکتر بهشتی**

**فرم ثبت شکایات**

|  |
| --- |
| **نام و نام خانوادگی بیمار : ...................................... تاریخ دریافت شکایت : .....................................****شماره پرونده بیمار : ............................................ بخش بستری بیمار : ....................................****تاریخ بررسی و حل و فصل : ................................... کد پرسنل مورد شکایت : ....................................****نوع شکایت :****برخورد نامناسب کارکنان بخش ..... مدت اقامت در اورژانس ...... کیفیت ارئه مراقبت .....** **عدم حضور بموقع پزشک ...... هزینه ها ...... دستورات حین ترخیص ......** **سایر موارد (لطفا قید شود) : .......................................................................................................****منبع شکایت :** **خود بیمار .... خانواده بیمار .... پرستار .... پزشک .... مدیریت بیمارستان.... شرکت بیمه ....** **سایر موارد (لطفا قید شود) : ........................................................................................................****موضوع شکایت :** **...........................................................................................................................................****...........................................................................................................................................****بررسی های صورت گرفته :** **...........................................................................................................................................****..........................................................................................................................................****نتیجه :** **.........................................................................................................................................****مسئول رسیدگی :** **محل امضائ فرد شکایت کننده محل امضائ فرد مورد شکایت** **آدرس و شماره تلفن فرد شکایت کننده (در صورت تمایل ) : .........................................................................** |