

Formular de Depunere a Plângerilor

Stimate(ă) pacient(ă),

Vă rugăm să completați acest formular pentru a ne comunica nemulțumirile sau sugestiile dumneavoastră. Toate informațiile furnizate vor fi tratate cu confidențialitate.

1. Date personale

- Nume și prenume: _____
- Data nașterii: _____
- Număr de telefon: _____
- Adresa de e-mail: _____

2. Detalii despre incident

- Data incidentului: _____
- Ora incidentului: _____
- Locul incidentului (ex.: recepție, cabinet nr. ____): _____
- Numele personalului implicat (dacă este cunoscut): _____

3. Descrierea problemei/situației

Vă rugăm să descrieți detaliat situația/problema întâmpinată:

4. Propuneri sau așteptări

Cum ați dori să fie soluționată problema?

5. Alte observații

Declarație

Declar că informațiile furnizate sunt corecte și complete la momentul depunerii plângerii.

- Semnătura pacientului: _____
- Data: _____

Pentru uz intern (completat de personalul clinicii):

- Numărul de înregistrare a plângerii: _____
- Data primirii: _____
- Numele persoanei care a preluat plângerea: _____

Observații:

Termen de soluționare: _____

Data soluționării: _____

Rezultatul comunicat pacientului la data: _____

Vă mulțumim pentru implicare!

Conducerea Clinicii "Doctor Porosencov"