

Форма подачи жалобы

Уважаемый(ая) пациент(ка),

Пожалуйста, заполните эту форму, чтобы сообщить нам о ваших замечаниях или предложениях. Вся информация будет обработана конфиденциально.

1. Личные данные

- Фамилия и имя: _____
- Дата рождения: _____
- Номер телефона: _____
- Адрес электронной почты: _____

2. Детали инцидента

- Дата инцидента: _____
- Время инцидента: _____
- Место инцидента (например: рецепция, кабинет № ____): _____
- Имя сотрудника, участвующего в инциденте (если известно):

3. Описание проблемы/ситуации

Пожалуйста, подробно опишите ситуацию/проблему:

4. Предложения или ожидания

Как вы хотите, чтобы была решена проблема?

5. Другие замечания

Заявление

Я подтверждаю, что предоставленная информация является правильной и полной на момент подачи жалобы.

- Подпись пациента: _____
- Дата: _____

Для внутреннего использования (заполняется сотрудниками клиники):

- Номер регистрации жалобы: _____
- Дата получения: _____
- Имя лица, принявшего жалобу: _____

Замечания:

Срок решения: _____

Дата решения: _____

Результат, сообщенный пациенту на дату: _____

Спасибо за вашу активность!

Руководство клиники «Доктор Поросенков»