



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر  
بیمارستان ...

فرم رسیدگی به شکایات

کد مدرک :

نام و نام خانوادگی :

پزشک معالج :

شماره پرونده :

تاریخ مراجعه :

نام بخش :

تشخیص بیماری :

نام پدر :

تاریخ پذیرش :

ساعت مراجعه :

شرح شکایت :

این قسمت توسط مراجعه کننده تکمیل گردد

امضاء  
اثر انگشت

ارجاع به مسئول مربوطه

نام مسئول پاسخگویی به شکایت طرح شده :

اقدامات انجام شده :

تاریخ : ساعت :

مهر و امضاء مسئول

این قسمت توسط کمیته بررسی شکایات تکمیل گردد

تحلیل واحد رسیدگی به شکایات

مدیر پرستاری :

مدیریت بیمارستان :

ریاست بیمارستان :

اعلام نتیجه بررسی به مراجعه کننده

تلفنی

حضور

مکتبته ای

ساعت :

تاریخ :

نام و نام خانوادگی رابط بیمارستانی :

امضاء :



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر  
بیمارستان ...

فرم رسیدگی به شکایات

کد مدرک :

بیمار و همراه محترم :

با تشکر از حسن توجه شما ، جهت پیگیری نتیجه شکایات خود ۴۸ ساعت پس از شکایات در ساعات اداری با شماره تلفن

داخلی تماس حاصل فرمائید .

دفتر مدیریت شکایات بیمارستان .....

این قسمت توسط کمیته بررسی شکایات تکمیل گردد