



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران
معاونت درمان

فرم طرح شکایات از بیمارستان

ریاست محترم اداره نظارت و اعتباربخشی امور بیمارستانها و مراکز تابعه

با سلام خواهشمند است ترتیبی اتخاذ گردد تا نسبت به بررسی شکایات مطروحه بشرح ذیل اقدام لازم معمول گردیده و نتیجه به اطلاع اینجانب برسد.

امضاء شاکی و تاریخ

توضیحات ضروری:

۱. مرحله اول بررسی شکایات و پاسخگویی، در خود بیمارستان و توسط ریاست بیمارستان میباشد. ۲. رسیدگی به قصور پزشکی، در صلاحیت سازمان محترم نظام پزشکی میباشد. ۳. تصویر تمامی مدارک و مستندات مربوطه پیوست این شکوائیه گردد. ۴. به شما اطمینان داده میشود شکایت شما در اسرع وقت بررسی و در صورت احراز مراتب برخورد مقتضی معمول خواهد شد.

مشخصات شاکی

نام و نام خانوادگی شاکی: نام و نام خانوادگی بیمار: نسبت با بیمار:
شماره تلفن همراه: شماره تلفن ثابت:
آدرس و کد پستی:

مشخصات متشاکي عنه (بیمارستان)

نام بیمارستان: واقع در شهرستان: تاریخ بستری یا مراجعه:
بخش / واحد بیمارستانی مورد شکایت: فرد مورد شکایت:
بخش بستری: شماره پرونده: نام پزشک معالج بیمار:

خلاصه شکایت: (در صورت نیاز از پشت برگ استفاده نمایید)

امضاء و تاریخ

این قسمت توسط کارشناس نظارت و اعتباربخشی تکمیل و به ریاست اداره تحویل میگردد.

نام و نام خانوادگی:
نتیجه بررسی:
اقدام پیشنهادی:

امضاء و تاریخ