



GENETİK TANI MERKEZİ

HASTA/HEKİM ŞİKAYETİ FORMU GF008

Tarih: _____

Şikayet No: _____

ŞİKAYET EDEN HASTA/HEKİM AİT BİLGİLER

ADI SOYADI:	
MATERYAL&ENDİKASYON:	
ÇALIŞMANIN ŞEKLİ:	
GÖNDEREN MERKEZ&HEKİM:	
TELEFON / FAKS:	

ŞİKAYETİN GELİŞ BİÇİMİ

TELEFON <input type="checkbox"/>	KARŞILIKLI GÖRÜŞME <input type="checkbox"/>	YAZILI OLARAK <input type="checkbox"/>
----------------------------------	---	--

ŞİKAYETİN TANIMI

ŞİKAYETİN TANIMI		
ŞİKAYETİ ALAN		TARİH:

YAPILACAK İŞLEM

ŞİKAYETİN GİDERİLMESİ İÇİN YAPILACAK İŞLEM

YAPILACAK İŞLEM		
ŞİKAYETİN GİDERİLMESİ İÇİN YAPILACAK İŞLEM		
		TARİH:
BAŞLATILACAK DÜZELTİCİ/ÖNLEYİCİ FAALİYET		
		TARİH:

ŞİKAYETİN KAPATILMA DURUMU

Şikayet hastanın memnuniyeti alınarak giderildi	<input type="checkbox"/>
Hasta ile irtibat sağlanamadığı için dosya kapatıldı	<input type="checkbox"/>
Şikayet, merkezimiz sorumluluğu dışında olduğu için kapatıldı	<input type="checkbox"/>
Şikayet kapatılmadı, YGG toplantısına sunulacak	<input type="checkbox"/>
Diğer (açıklayınız)	<input type="checkbox"/>
Yapılan İşlem :	
Onaylayan:	TARİH: