|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ÖNERİ VE ŞİKAYET FORMU** | **Doküman No: GNT.KLT.FR.08** |
| **Yürürlük Tarihi: 01.04.2020** |
| **Revizyon No: 01** |
| **Revizyon Tarihi:18.09.2023** |
| **Sayfa No:1/1** |
| Bu form; sizlere daha iyi hizmet verebilmek amacıyla sunulan hizmetler ile ilgili olarak yaşadığınız ve gözlemlediğiniz sorunları / önerilerinizi bildirmeniz için hazırlanmıştır. Bildiriminiz tarafımızca en kısa sürede incelenerek size, önlemler ve düzenlemeler  hakkında bilgi verilecektir. İlgilerinize ve katkınıza teşekkür ederiz. | | |
| Öneri ya da Şikayette bulunan; | □ Kurum □ Hasta □ Hasta Yakını □ Personel | Tarih: |
| Öneri ya da Şikayette bulunulan Hizmet: | | |
| Öneri yada Şikayeti Alıp İleten Personel Ad/Soyad/İmza: | | |
| **ŞİKAYETTE BULUNAN KİŞİNİN (İsteğe Bağlı)** | | |
| **Adı/Soyadı:** | **E-posta:** | **Telefon No:** |
| **Adresi:** |  |  |
| **ÖNERİ VEYA ŞİKAYET** | | |
| Bu formu, Merkezimizde bulunan Öneri ve şikayet kutularına bırakabilirsiniz | | |
| Kalite Yönetim Temsilcisi (İmza) | Laboratuvar Sorumlusu (İmza) | Laboratuvar Koordinatörü (İmza) |
| **İlgili Birim:** | | |
| **Birim Sorumlusu:** | | |
| **Formun İletildiği Tarih:** | | |
| **BU BÖLÜM ŞİKAYET VE ÖNERİYİ ALAN KİŞİ YADA BİRİM SORUMLUSU TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR** | | |
| **KÖK SEBEP ANALİZİ** | | |
| **ÇÖZÜM ÖNERİLERİ** | **ÖNERİ VE ŞİKAYET SAHİBİNİN BİLGİLENDİRİLMESİ** |  |
| □ TELEFON İLE GÖRÜŞÜLDÜ | □ MAİL/FAKS/YAZILI CEVAP GÖNDERİLDİ | □ YÜZ YÜZE GÖRÜŞÜLDÜ |
| **Görüşen Kişi Adı/Soyadı:** |  | **İmza:** |
| **Cevap Süresi:** |  |  |
| **Görüşme Detayları:** |  |  |
|  | | |
| Kalite Yönetim Temsilcisi (İmza) | Laboratuvar Sorumlusu (İmza) | Laboratuvar Koordinatörü (İmza) |