



ΕΜΠΙΣΤΕΥΤΙΚΟ

ΦΟΡΜΑ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ/ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑΣ/ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΩΝ/ΣΧΟΛΙΩΝ

Σε περίπτωση που επιθυμείτε να καταθέσετε μια επίσημη καταγγελία ή παράπονο ή κάποιες παρατηρήσεις και σχόλια, σχετικά με τη λειτουργία του Νοσοκομείου, παρακαλούμε συμπληρώστε αυτή τη φόρμα και ρίξτε την στο Κιτίο Ερωτηματολογίων Ικανοποίησης. Μπορείτε επίσης να την καταθέσετε στο Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας (Κτήριο Ν3 στάθμη 0 έναντι Γραμματείας Επειγόντων Περιστατικών) ή στην Γραμματεία του Νοσοκομείου (Κεντρικό Κτήριο-1^{ος} όροφος). Το περιεχόμενο αυτής της έκθεσης είναι εμπιστευτικό. Η έκθεση θα εξεταστεί από το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας, το οποίο είναι αρμόδιο για την υποδοχή, ενημέρωση, παρακολούθηση διακίνησης, διοικητική υποστήριξη, συλλογή και διεκπεραίωση καταγγελιών και παραπόνων και την εν γένει προάσπιση των δικαιωμάτων των χρηστών υπηρεσιών υγείας (Νόμος 3868/2010 αρ. 9). Το Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας θα καταγράψει την καταγγελία ή το παράπονο ή την παρατήρηση ή το σχόλιο και θα το διερευνήσει σε συνεργασία με την Διοίκηση του Νοσοκομείου ή την σχετική Διεύθυνση. Όταν ολοκληρωθεί η έρευνα, εφόσον έχουμε στοιχεία επικοινωνίας, θα σας ενημερώσουμε για τις ενέργειες στις οποίες προβήκαμε με αφορμή την υποβολή της έκθεσής σας. Η έκθεση θα συμβάλει στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Σας ευχαριστούμε πολύ.

ΑΤΟΜΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

ΟΝΟΜΑ:

ΕΠΩΝΥΜΟ:

ΠΛΗΡΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ:

ΤΗΛΕΦΩΝΟ:

(Ποια ώρα μπορούμε να σας καλέσουμε?):

e-mail:

Επιλέξτε: ΑΣΘΕΝΗΣ ΣΥΓΓΕΝΗΣ ΑΣΘΕΝΗ ΦΙΛΟΣ ΑΣΘΕΝΗ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΣ ΠΡΟΜΗΘΕΥΤΗΣ ΑΛΛΟ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑΣ/ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ/ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΩΝ/ΣΧΟΛΙΩΝ

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΙΣΟΔΟΥ/ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ:

ΗΜΕΡ/ΝΙΑ ΕΞΟΔΟΥ/ΕΞΙΤΗΡΙΟΥ:

ΕΜΠΛΕΚΟΜΕΝΟ ΤΜΗΜΑ:

- ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΑΚΤΙΚΩΝ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΙΑΤΡΕΙΩΝ
- ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΤΜΗΜΑ (αναφέρετε ποιο)
- ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΟ (αναφέρετε ποιο)
- ΔΟΜΗ ΨΥΧΙΚΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΠΑΙΔΟΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ ΤΜΗΜΑ
- ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ (αναφέρετε Τμήμα/Γραφείο)
- ΤΕΧΝΙΚΗ ΥΠΗΡΕΣΙΑ
- ΑΛΛΟ (περιγράψτε)

ΠΕΡΙΓΡΑΨΤΕ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ Ή ΤΟ ΛΟΓΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΑΥΤΗΣ ΤΗΣ ΕΚΘΕΣΗΣ :

ΥΠΟΓΡΑΦΗ-ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ

Τα παρακάτω συμπληρώνονται από τον Υπάλληλο Γραφείου Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας

Πηγή προέλευσης του εντύπου: Κιτίο Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας Γραμματεία Νοσοκομείου

Σε περίπτωση που το παράπονο/καταγγελία/παρατήρηση/σχόλιο υποβληθεί τηλεφωνικά σημειώστε εδώ