

معاونت درمان

فرم شکایت بیماران تصادفی از مراکز تشخیصی و درمانی

نام مرکز درمانی اول: آدرس و تلفن مرکز درمانی:

نام مرکز درمانی دوم: آدرس و تلفن مرکز درمانی:

نام و نام خانوادگی شاکی: اصالت: وکالت: تاریخ ثبت شکایت:

نام و نام خانوادگی بیمار: سن بیمار: نوع بیماری: علت شکایت:

تاریخ مراجعه به مرکز درمانی اول: تاریخ بستری: تاریخ ترخیص:

تاریخ مراجعه به مرکز درمانی دوم: تاریخ بستری: تاریخ ترخیص:

کل مبلغ پرداختی به مرکز درمانی اول با رسید معتبر:

کل مبلغ پرداختی به مرکز درمانی دوم با رسید معتبر:

کل مبلغ پرداختی خارج از صورتحساب مرکز یا تعرفه مصوب به پزشک با رسید معتبر در مرکز درمانی اول:

کل مبلغ پرداختی خارج از صورتحساب مرکز یا تعرفه مصوب به پزشک با رسید معتبر در مرکز درمانی دوم:

کل مبلغ پرداختی به شرکت تجهیزات پزشکی جهت تامین لوازم و تجهیزات با رسید یا فاکتور معتبر:

نام پزشک معالج: نوع تخصص: اقدام درمانی:

پیشنهاد خرید تجهیزات پزشکی از شرکت توسط چه شخصی صورت پذیرفته است؟

آدرس و شماره تلفن شاکی:

قبلاً به کدام مرجع قانونی شکایت کرده و نتیجه چه بوده است:

شرح مختصر مشکل:

امضاء شاکی یا وکیل قانونی- تاریخ

نتیجه بررسی اولیه توسط واحد شکایات: شکایت وارد: بود نبود

ثبت و ارجاع به واحد: تاریخ ارجاع: تاریخ ونظریه واحد:

ثبت و بایگانی بدلیل: تاریخ:

اعلام نتیجه به شاکی در تاریخ: