

## ÖNERİ VE ŞİKAYET FORMU

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 Şikayet Numarası :

Tarih:

Öneri ya da Şikayette Bulunan :  Kurum  Hasta  Hasta Yakını  Personel

Öneri ya da Şikayette Bulunulan Hizmet :

Öneri yada Şikayeti Alıp İleten Personel Adı / Soyadı / 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 Yöneticisi (İmza)

İlgili Bölüm Sorumlusu (İmza)

Genel Müdür (İmza)

İlgili Birim:

Birim Sorumlusu:

Formun İletildiği Tarih:

BU BÖLÜM ŞİKAYET VE ÖNERİYİ ALAN KİŞİ YADA BİRİM SORUMLUSU TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

## SEBEPLER

## ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

## ÖNERİ VE ŞİKAYET SAHİBİNİN BİLGİLENDİRİLMESİ

 TELEFON İLE GÖRÜŞÜLDÜ MAIL / FAKS / YAZILI CEVAP GÖNDERİLDİ YÜZ YÜZE GÖRÜŞÜLDÜ

Görüşen Kişi Adı/Soyadı:

İmza:

Cevap Süresi:

Görüşme Detayları:

## DF

DF Gerekli mi?

Gerekli ise DF No:

Kalite Yöneticisi (İmza)

İlgili Bölüm Sorumlusu (İmza)

Genel Müdür (İmza)