	فرم ثبت شکایات بیماران ، مراجعین	**کد:** **ردیف:**

نام و نام خانوادگی بیمار (در صورت تمایل):

سال تولد..... شغل:..... وضعیت تاهل:..... میزان تحصیلات:.....

علت مراجعه:

تاریخ بستری یا مراجعه: ...../...../....۱۳ تاریخ حضور در واحد رسیدگی به شکایات: ...../...../.....۱۳ ساعت:

بیمه :☐ ندارد نوع بیمه:..... بیمه تکمیلی :.....

نام تکمیل کننده فرم (اگر غیر از بیمار است):..... نسبت با بیمار:.....

نشانی (در صورت تمایل) :.....

تلفن (در صورت تمایل) :.....

بند اول : این بند ترجیحا توسط بیمار یا همراه بیمار تکمیل شود.

شرح مشکل : در تکمیل این قسمت به این موارد توجه شود : چه اتفاقی یا مشکلی پیش آمده ؟ کی ؟ کجا ؟ چه کسانی در آن نقش داشته اند؟

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....