



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی  
معاونت درمان

فرم شکایت از مراکز تشخیصی و درمانی

نام مرکز درمانی:

نام و نام خانوادگی شاکی: سن: تحصیلات: ناهل: نسبت با بیمار:

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

تاریخ مراجعه به مرکز درمانی: تاریخ بستری: تاریخ ترخیص: تاریخ و ساعت شکایت:

نوع بیمه: بیمه تکمیلی: کل مبلغ پرداختی: مدارک مستند:

شماره پرونده: نام پزشک معالج: نوع تخصص: اقدام درمانی:

آدرس و شماره تلفن شاکی:

قبلاً به کدام مرجع قانونی شکایت کرده اید ذکر گردد:

شرح مختصر مشکل:

بخش/واحد مورد شکایت:

فرد مورد شکایت: پزشک  رزیدنت  انترن  پرستار  بهیار  اداری  خدماتی  نگهبانی  سایر

توضیحات:

موضوع شکایت: تسهیلات رفاهی  تغذیه  نظافت  معطلی  انتظار بیش از حد  هزینه  عدم دسترسی به پزشک یا پرستار

بر خورد نامناسب ارائه  اطلاعات ناکافی یا مبهم  نبود تخت خالی  عدم رضایت از خدمات درمانی ارائه شده

لغو یا تعویق عمل جراحی یا ...  عدم کنترل مناسب درد  سایر موارد  آیا موضوع شکایت مربوط به بیمار فوت شده است: بلی  خیر

توضیحات:

امضاء شاکی:

پیگیری توسط: رئیس  مدیر  مترون  تاریخ پیگیری: نتیجه:

شکایت وارد بود:  نبود  سایر توضیحات و تاریخ بایگانی:

سایر توضیحات: