



Özel İntergen
Genetik Hastalıklar
Değerlendirme Merkezi

Talep No:

GÖRÜŞ, 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 ya da şikâyetle bulunan:

☐ Hasta ☐ Hasta Yakını ☐ Personel ☐ Kurum/Doktor

Tarih:

Öneri ya da şikâyetle bulunulan hizmet:

Şikâyetle Bulunan Kişinin (İsteğe Bağlı)

Adı/Soyadı:		E-posta:	
Adresi:		Telefon No:	

Şikâyet veya Öneri

Aşağıdaki görüş, öneri ya da şikâyet ile ilgili sorular ve imza Hasta Hakları Personeli tarafından doldurulacaktır.

☐ Çözüldü
☐ Düzeltici Faaliyet Gerekli

İmza