



## GÖRÜŞ / ÖNERİ / ŞİKAYET FORMU

Doküman No: KY.FR.11

Yürürlük Tarihi: 10.01.2018

Revizyon No: 01

Revizyon Tarihi: 22.03.2021

Sayfa No:1/1

Bu form; sizlere daha iyi hizmet verebilmek amacıyla sunulan hizmetler ile ilgili olarak yaşadığımız 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 Şikayette bulunan;  Hasta  Hasta Yakını  Personel

Tarih:

İmza:

Öneri ya da Şikayette bulunulan Hizmet: .....

### Kimlik ve İletişim Bilgileriniz (İsteğe Bağlı)

Adı Soyadı:

Adresi:

Firma/Şahıs Adı:

Telefon/ e-mail:

### ŞİKAYET VEYA ÖNERİ

\*Bu formu, Merkezimizde bulunan Öneri ve şikayet kutularına bırakabilirsiniz

\*Şikayetiniz ile ilgili bilgi almak istiyorsanız adınızı, soyadınızı, telefonunuzu veya e-mail adresinizi belirtmeniz gerekmektedir.

\*Kimlik/ İletişim bilgileri belirtilen ve imzalı olan şikayetler öncelikli olarak değerlendirilecektir.

\*Avicenna Laboratuvarı şikayetiniz ve kimlik/ iletişim bilgilerinizle ilgili olarak gizlilik ilkesine uymayı taahhüt eder.

### BU BÖLÜM ŞİKAYET VE ÖNERİYİ ALAN KİŞİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

TELEFON EDİLDİ

MAİL/FAKS/YAZILI CEVAP GÖNDERİLDİ

YÜZ YÜZE GÖRÜŞÜLDÜ

İlgili Birim:

Birim Sorumlusu:

Formun Ulaştırıldığı Tarih:

Cevap Süresi:

### UYGUNSUZLUĞUN MUHTEMEL SEBEP/ SEBEPLERİ

### CÖZÜM ÖNERİLERİ

### DEĞERLENDİRME SONUCU

### ŞİKAYETİ KAPATAN

Adı Soyadı:

Ünvanı:

Tarih:

İmza: