ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ **Δ2**

6η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ 141

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΣΣΗΝΙΑΣ

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ**

Ημ/νία:

|  |
| --- |
| **ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥΜΕΝΟΥ** |

Ονοματεπώνυμο παραπονούμενου:

Συγγενής ασθενούς:

Άλλη

Ιδιότητα παραπονούμενου: Ασθενής:

Διεύθυνση: Τ.Κ.-Πόλη: Τηλ.:

 E-mail:

|  |
| --- |
| **ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ** |
| Ποιόν ή ποιους αφορά: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| (Μπορείτε να συνεχίσετε στην πίσω σελίδα) |

|  |
| --- |
| Τι ενδεχομένως προτείνεται για τη διευθέτηση του θέματος : |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Σε ποιόν υποβλήθηκε: |
|  |
|  |

υπογραφή

|  |
| --- |
| **ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία)** |

Τμήμα Νοσηλείας/εξυπηρέτησης Κατηγορία παραπόνου:

Άλλο

Παροχή φροντίδας:

Ενημέρωση:

Εξυπηρέτηση:

|  |
| --- |
| Άποψη Προϊσταμένου Τμήματος: |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| Διευθέτηση ή διαχείριση παραπόνου: |
|  |
|  |
|  |

Ενημερώθηκε ο παραπονούμενος; ΝΑΙ: ΟΧΙ: Με ποιο τρόπο:

Ονομ/μο υπευθύνου

υπογραφή

**ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ (Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών/τριων Υπηρεσιών Υγείας-
Τ.Κ. 24100 – 27213 63190)**