|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **HASTA/ HASTA YAKINI**  **TEŞEKKÜR, DİLEK/ ÖNERİ VE ŞİKÂYET FORMU** | | | | | | Açıklama: C:\Users\SEHERE~1\AppData\Local\Temp\Rar$DIa0.214\sağlık_bakanlığı_logo.png | |
| Doküman Kodu | HD.FR.01 | İlk Yayın Tarihi: | 25.08.2016 | Rev.  Tarihi: | 5.12.2023 | Rev. No: | 01 | Sayfa No: | 1 / 1 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bu form Kurumumuzun **HASTA HAKLARI BİRİMİ** tarafından sizlere daha iyi hizmet verebilmek için hazırlanmıştır. Aşağıda sizden istenen bilgileri doldurduğunuz takdirde yapılan işlem hakkında size geri bildirimde bulunmak mümkün olabilecektir.  **Lütfen aşağıdaki kutucuklardan size uygun olanı işaretleyiniz!**  **HASTA HASTA YAKINI**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Tarih: |  | Hizmet Aldığınız Birim: |  | | Hasta Adı-Soyadı: |  | Mesleğiniz/ Yaşınız: |  | | Telefon: |  | E-mail: |  | | \*Formu Dolduran Hasta yakını  Adı/Soyadı-İmzası: |  | | | | Adres: | | | | |
| Lütfen bildirim yapmak istediğiniz konuyla ilgisi olduğunu düşündüğünüz kutucuğu işaretleyiniz.  **DİLEK /ÖNERİ TEŞEKKÜR ŞİKÂYET** |
| **KONU:** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bu form Kurumumuzun **HASTA HAKLARI BİRİMİ** tarafından sizlere daha iyi hizmet verebilmek için hazırlanmıştır. Aşağıda sizden istenen bilgileri doldurduğunuz takdirde yapılan işlem hakkında size geri bildirimde bulunmak mümkün olabilecektir.  **Lütfen aşağıdaki kutucuklardan size uygun olanı işaretleyiniz!**  **HASTA HASTA YAKINI**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Tarih: |  | Hizmet Aldığınız Birim: |  | | Hasta Adı-Soyadı: |  | Mesleğiniz/ Yaşınız: |  | | Telefon: |  | E-mail: |  | | \*Formu Dolduran Hasta yakını  Adı/Soyadı-İmzası: |  | | | | Adres: | | | | |
| Lütfen bildirim yapmak istediğiniz konuyla ilgisi olduğunu düşündüğünüz kutucuğu işaretleyiniz.  **DİLEK /ÖNERİ TEŞEKKÜR ŞİKÂYET** |
| **KONU:** |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **HASTA/ HASTA YAKINI**  **TEŞEKKÜR, DİLEK/ ÖNERİ VE ŞİKÂYET FORMU** | | | | | | Açıklama: C:\Users\SEHERE~1\AppData\Local\Temp\Rar$DIa0.214\sağlık_bakanlığı_logo.png | |
| Doküman Kodu | HD.FR.01 | İlk Yayın Tarihi: | 25.08.2016 | Rev.  Tarihi: | 5.12.2023 | Rev. No: | 01 | Sayfa No: | 1 / 1 |