فرم شماره ۱ - لیست شکایات بیمارستان .....در ماه .....

ردیف	شماره سریال	نحوه دریافت	تاریخ ارسال	تاریخ پایان رسیدگی	فرد مورد	نوع شکایت					منبع شکایت				نتیجه بررسی			مسئول
						برخورد نامناسب	کیفیت ارائه‌ها/اقتباها	مدت زمان اقامت	هزینه ها	سایر موارد	خود بیمار	خانوادهٔ بیمار و	پرسنل	سایر موارد	ارجاع به	حل شکایت		
																در بخش	در بیمارستان	