 ΔΙΟΙΚΗΣΗ 2ης Υ.ΠΕ ΠΕΙΡΑΙΩΣ & ΑΙΓΑΙΟΥ **ΓΡΑΦΕΙΟ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΩΝ ΛΗΠΤΩΝ**

 Γ.Ν-Κ.Υ ΚΩ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΝ»

 Ενιαίο ΝΠΔΔ **ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

 **Νοσοκομειακή Μονάδα:**

 **Γ.Ν- Κ.Υ ΚΩ «ΙΠΠΟΚΡΑΤΕΙΟΝ»**

 ΗΜΕΡ:

**ΕΝΤΥΠΟ ΥΠΟΒΟΛΗΣ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΩΝ - ΠΑΡΑΠΟΝΩΝ**

**Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΚΑΤΑΓΓΕΛΛΟΝΤΟΣ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο καταγγέλλοντος |  | Ηλικία: |
| Ιδιότητα καταγγέλλοντος: | Ασθενής: ⃝ | Συγγενής ασθενούς: ⃝ |
| Διεύθυνση: | Τ.Κ. – Πόλη:  | Τηλ: |

**Β. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΚΑΤΑΓΓΕΛΙΑΣ- ΠΑΡΑΠΟΝΟΥ**

|  |
| --- |
| *Ποιόν ή ποιους αφορά – και τι ακριβώς συνέβη:*  |

|  |  |
| --- | --- |
| Συμπεριφορά ιατρικού προσωπικού ⃝ | Παρεχόμενες υπηρεσίες: ⃝ |
| Συμπεριφορά νοσηλευτικού προσωπικού ⃝ | Εξοπλισμός νοσοκομείου ⃝ |
| Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού ⃝ | Χώροι νοσοκομείου ⃝ |
| Χρόνος αναμονής ⃝ | Άλλο ⃝ |

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

 *Υπογραφή καταγγέλλοντος:*

*Υποβλήθηκε στο Γραφείο Προστασίας Δικαιωμάτων Ληπτών Υπηρεσιών Υγείας ή αλλού:*

*(Παρακαλώ αναφέρετε το Τμήμα):*

*Ονοματεπώνυμο του υπαλλήλου που παρέλαβε το έντυπο:*

 *Υπογραφή Υπαλλήλου*

 **Διαχείριση καταγγελίας - Παραπόνου - Ενέργειες αντιμετώπισης**  (Συμπληρώνεται από την υπηρεσία)

***Αξιολόγηση / διερεύνηση καταγγελίας παραπόνου*** *(Οδηγίες για το χειρισμό*

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

***Διευθέτηση ή διαχείριση καταγγελίας – Παραπόνου***

**…..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

Ενημερώθηκε ο καταγγέλλων; ΝΑΙ …………………………….. ΟΧΙ………………………………….

 ΜΕ ΠΟΙΟ ΤΡΟΠΟ;……………………………………………………………

Υπογραφή:

 Ονοματεπώνυμο υπεύθυνου Γραφείου

 Προστασίας δικαιωμάτων ληπτών υπηρεσιών υγείας: