

 <small>Tıp Laboratuvarları ve Tıbbi Görüntüleme Merkezi</small>	<b>Doküman No</b>	<b>Yürürlük Tarihi</b>	<b>Revizyon No</b>	<b>Revizyon Tarihi</b>	<b>Sayfa No</b>
	DNG.FR.19	01.07.2021	00	00.00.0000	1 / 1
	<b>GÖRÜŞ ÖNERİ FORMU</b>				

**Şikâyet Tarihi:**

**Şikâyet No:**

**1. Hizmet Aldığınız Birimin Adı:**

**2. Hizmet Aldığınız Tarih:**

**3. Laboratuvarımızda Alınan Hizmet :**

- Analiz  Eğitim/Staj  
 Danışmanlık/Bilgi Edinme  Diğer ( Belirtiniz )

**4. Şikâyetin Konusu**

- Hizmet Kalitesi  Test/Analiz Raporları  Diğer (Belirtiniz )  
 Bürokratik İşlemler  Personelin Davranış Biçimi

**5. Şikâyetle İlgili Açıklamalar**

(Bu bölümde şikâyet edilen birim/laboratuvar/bölüm/personel ve şikâyetle ilgili detay bilgi verilecektir.)

**6. Şikâyet İle İlgili Varsa Önerileriniz**

**7. Kimlik ve İletişim Bilgileriniz**

**Ad Soyadı :**

**Firma/Şahıs Adı :**

**Telefon / e-mai :**

**Tarih :**

**İmza :**

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

\*Kimlik/iletişim bilgileri belirtilen ve imzalı olan şikâyetler öncelikli olarak değerlendirilecektir.

\* DENGİ SAĞLIK HİZMETLERİ SAN VE TİC LTD ŞTİ şikâyetiniz ve kimlik/iletişim bilgilerinizle ilgili olarak gizlilik ilkesine uymayı taahhüt eder.

**ŞİKÂYETİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Uygunsuzluğun Muhtemel Sebep / Sebepleri

**Gerçekleştirilecek Faaliyet**

**Değerlendirme Sonucu**

**Şikâyeti Kapatın**

**Adı-Soyadı  
Unvanı  
Tarih**

**İmza**