

SKARGA DO DYREKTORA SPG ZOZ W NADARZYNIE

ul. Sitarskich 3, 05-830 Nadarzyn

WYPEŁNIA PACJENT LUB JEGO PRZEDSTAWICIEL

1. DANE OSOBY SKŁADAJĄCEJ SKARGĘ

IMIĘ	NAZWISKO	IDENTYFIKATOR (PESEL LUB NR I SERIA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI)
ULICA I NR	KOD POCZTOWY	MIEJSCOWOŚĆ
ADRES E-MAIL	TELEFON KONTAKTOWY	

CZY OSOBA SKŁADAJĄCA SKARGĘ ZGŁASZA PROBLEM WE WŁASNYM IMIENIU

TAK NIE

JEŻELI WYBRANO ODPOWIEDZ „NIE” PROSZĘ PODAĆ DANE PACJENTA, KTÓREGO SKARGA DOTYCZY

IMIĘ	NAZWISKO	IDENTYFIKATOR (PESEL LUB NR I SERIA DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI)
------	----------	---

2. MIEJSCE WYSTĄPIENIA PROBLEMU

OŚRODEK ZDROWIA W NADARZYNIE	OŚRODEK ZDROWIA W MŁOCHOWIE
<input type="checkbox"/> REJESTRACJA	<input type="checkbox"/> REJESTRACJA
<input type="checkbox"/> PORADNIA LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH	<input type="checkbox"/> PORADNIA LEKARZA POZ DLA DOROSŁYCH
<input type="checkbox"/> PORADNIA LEKARZA POZ DLA DZIECI	<input type="checkbox"/> PORADNIA LEKARZA POZ DLA DZIECI
<input type="checkbox"/> GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY	<input type="checkbox"/> GABINET DIAGNOSTYCZNO-ZABIEGOWY
<input type="checkbox"/> PUNKT SZCZEPIEŃ	<input type="checkbox"/> PUNKT SZCZEPIEŃ
<input type="checkbox"/> PORADNIA SPECJALISTYCZNA	<input type="checkbox"/> PORADNIA SPECJALISTYCZNA
<input type="checkbox"/> PORADNIA STOMATOLOGICZNA	<input type="checkbox"/> PORADNIA STOMATOLOGICZNA
<input type="checkbox"/> ZESPÓŁ REHABILITACJI	
<input type="checkbox"/> ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO	

3. KRÓTKI OPIS SYTUACJI/PROBLEMU



Proszę opisać zaistniałą sytuację, co jest przedmiotem skargi, podać datę i godzinę wystąpienia problemu

4. INFORMACJA O MOŻLIWOŚCI ZGŁOSZENIA PROBLEMU

Pacjent lub jego przedstawiciel ustawowy mają prawo do złożenia skargi na nienależyte udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz inne nieprawidłowości w SPG ZOZ w Nadarzynie. Skargi można składać do:

- SPG ZOZ w Nadarzynie, ul. Sitarskich 3, 05-830 Nadarzyn, tel. 22 739 48 40, e-mail: kontakt@zoznadarzyn.pl;
- Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, Dział Obsługi Świadczeniobiorców, ul. Chałubińskiego 8, 00-613 Warszawa e-mail: skargi@nfz-warszawa.pl
- Biura Rzecznika Praw Pacjenta, Aleja Zjednoczenia 25, 01-829 Warszawa, tel. 22 532 82 50, fax 22 833 08 86, e-mail: sekretariat@bpp.gov.pl

IMIĘ I NAZWISKO

DATA

PODPIS

WYPEŁNIA SPG ZOZ W NADARZYNIE

5. PRACOWNIK OBSŁUGUJĄCY PACJENTA

STANOWISKO

IMIĘ I NAZWISKO

6. OPIS SYTUACJI/PROBLEMU



Wypełnia pracownik bezpośrednio obsługujący pacjenta lub kierownik komórki organizacyjnej w której zaistniał problem

7. DZIAŁANIA NAPRAWCZE

CZY PODJĘTO DZIAŁANIA NAPRAWCZE

TAK

OPIS DZIAŁAŃ

NIE

UZASADNIENIE

8. PODSUMOWANIE

ZASADNOŚĆ SKARGI

TAK

NIE

Zatwierdzone przez

Data