

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
KKY.FR.08	01.01.2017	----	0	1 / 1

Şikâyet Sahibi

Adı	
Soyadı	
Telefon No	
Fax No	
E - Mail	
Ev Adresi	
Olayın meydana geldiği tarihi	
Olayın meydana geldiği birim	
Olayın meydana geldiği saat	
Şikâyetin konusu ve meydana geliş şekli ve olayın gelişimi	
Varsa ilgili kişilerin bilgisi	
Notlar	

Şikâyet sahibinin

..... /...../ 20....

İmzası

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Hasta Güvenliği Komitesi	Kalite Yönetim Direktörü	Mesul Müdür