



SCHEDA SUGGERIMENTO/RECLAMO

Mod.SGQ.08
Rev. 0
Ed. 21/01/2021

N° _____

ANNO _____

☐ SUGGERIMENTO ☐ RECLAMO

MODALITÀ DI SEGNALAZIONE (a cura della Struttura):

☐ VERBALE

☐ TELEFONICA

☐ CON INTERVISTA/QUESTIONARIO

☐ CON LETTERA (ALLEGATA)

SEGNALAZIONE PERVENUTA DA:

Nome e Cognome (*) _____

Indirizzo (*) _____

Telefono (*) _____

In relazione a : ☐ RICOVERO ☐ SERVIZI AMBULATORIALI _____ ☐ TERAPIE DOMICILIARI

OGGETTO:

Data _____

Firma Autore segnalazione (*) _____

A CURA DELLA STRUTTURA

Reclamo fondato : ☐ SI ☐ NO (Se no specificare perché) _____

AZIONI DA INTRAPRENDERE:

Entro: _____ R.le Azione _____ Firma per accettazione _____

Verifica dell'efficacia entro: _____

AZIONE INTRAPRESA

Data _____

Firma _____

RISPOSTA DATA AL CLIENTE (A CURA DEL RGQ/RDD E/O DEL DIRETTORE SANITARIO)

Data _____

Firma _____

VERIFICA DELL'EFFICACIA (A CURA DEL RGQ/RDD) : DATA _____ ESITO : ☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO

NECESSITA ☐ AC ☐ AP FIRMA RGQ/RDD _____

(*) Dati obbligatori se si desidera sapere la gestione del reclamo