

نموذج (1)

نموذج رفع شكوى طبية

1 - بيانات مقدم الشكوى

رقم الشكوى :

تاريخ الشكوى :

الاسم الثلاثي للمريض :	رقم الهوية:	
تاريخ الميلاد:	الجنسية:	
الجنس :	اسم الطبيب المسؤول عن الحالة:	<input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى
رقم الملف الطبي:		
صفة مقدم الشكوى :	<input type="checkbox"/> المريض <input type="checkbox"/> وكيل <input type="checkbox"/> ولي <input type="checkbox"/> ملاحظة	
بيانات الوكالة / الولاية: * يلزم إرفاق صورة من الوكالة / الولاية عند تعبئة هذه الحقول.		
اسم الوكيل / الولي :	رقم الهوية:	
البريد الالكتروني :	رقم الجوال :	
رقم صك الوكالة/ الولاية:	المصدر:	
التاريخ :	جهة العمل:	

بيانات شخص يمكن التواصل معه في ذات الشأن

الاسم الثلاثي:	رقم الهوية:	
صلة القرابة:	جهة العمل:	
البريد الالكتروني:	رقم الجوال :	

2- بيانات المنشأة الصحية محل الشكوى:

اسم المنشأة الصحية:	قطاع المنشأة:	<input type="checkbox"/> حكومي <input type="checkbox"/> خاص
المدينة:	الحي:	العنوان:

3- بيانات المشتكى عليه / عليهم

يرجى تعبئة الحقول التالية في حال معرفة البيانات الأساسية للمشتكى عليه :

1	الاسم :	التخصص:	<input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> أخرى
		الجنسية :	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
2	الاسم :	التخصص:	<input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> أخرى
		الجنسية :	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
3	الاسم :	التخصص:	<input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> أخرى
		الجنسية :	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>
4	الاسم :	التخصص:	<input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> أخرى
		الجنسية :	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>

في حال عدم معرفة اسم المشتكى عليه، يرجى تحديد الجهة:

<input type="checkbox"/>	الطبيب المعالج
<input type="checkbox"/>	فريق التمريض
<input type="checkbox"/>	الكادر الطبي المعالج
<input type="checkbox"/>	المنشأة الصحية
معلومات إضافية	

4- تفاصيل الشكوى الطبية :

تخصص الشكوى :	تاريخ الإجراء الطبي:	اليوم	الشهر	السنة

ملخص الشكوى الطبية :

.....

.....

ماهو الأثر المترتب من الإجراء الطبي المشتكى بسببه ؟

<input type="checkbox"/> وفاة	<input type="checkbox"/> فقد منفعة	<input type="checkbox"/> تلف عضو	<input type="checkbox"/> أخرى
-------------------------------	------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

5- طلبات الشاكي:

<input type="checkbox"/> التعويض المادي	<input type="checkbox"/> محاسبة الكادر الطبي
<input type="checkbox"/> أخرى	

بالتوقيع على هذا النموذج، يتعهد مقدم الشكوى ويلتزم بما يلي :

- 1- صحة المعلومات والبيانات المقدمة وتم التقدم بها للمرة الأولى.
- 2- يعد التبليغ عبر الرسائل النصية لرقم الجوال أو البريد الإلكتروني المسجل تبليغاً رسمياً تشطب الدعوى بموجبه في حال عدم الحضور .
- 3- في حال ظهرت الشكوى كيدية أو يقصد بها الإساءة إلى سمعة أو إيذاء فإنه يحق للمعنيين رفع دعوى قضائية وطلب التعويض عن العطل أو الضرر.

الاسم الثلاثي:		التوقيع	
----------------	--	---------	--

بيانات مستلم الشكوى :

الاسم الثلاثي:		المسمى الوظيفي:		الجهة:	
صيغة النموذج:	<input type="checkbox"/> ورقي <input type="checkbox"/> إلكتروني	تاريخ الاعتماد:		التوقيع:	