

نموذج (1)

نموذج رفع شكوى طبية

1 - بيانات مقدم الشكوى

رقم الشكوى :
تاريخ الشكوى :

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

بيانات شخص يمكن التواصل معه في ذات الشأن

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

2- بيانات المنشأة الصحية محل الشكوى:

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

3- بيانات المشتكى عليه / عليهم

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

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

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

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

4- تفاصيل الشكوى الطبية :

السنة	الشهر	اليوم	تاريخ الإجراء الطبي:	الشخصى :
.....

ملخص الشكوى الطبية :

.....

ما هو الأثر المترتب من الإجراء الطبي المشتكى بسببه ؟

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

5- طلبات الشاكى:

<input type="checkbox"/> محاسبة الكادر الطبي	<input type="checkbox"/> التعويض المادى
.....	<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 إيهام فإنه يحق للمعنيين رفع دعوى قضائية وطلب التعويض عن العطل أو الضرر.

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

بيانات مستلم الشكوى :

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