

Revisione

00

del

14.03.2023

MOD

REC- MDS 10

Reclamo n. \_\_\_\_\_

Scritto  Verbale 

Paziente \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Indirizzo e recapito telefonico \_\_\_\_\_

Descrizione reclamo/segnalazione

---

---

---

---

---

Causa del reclamo

---

---

---

---

Evidenze

---

---

---

---

Trattamento del Reclamo

---

---

---

---

Firma RGQ (o incaricato alla risoluzione del reclamo) \_\_\_\_\_

Esito efficacia soluzione:

 Soddisfacente Insoddisfacente

NOTE

---

Riferimento ad eventuali Azioni correttive intraprese: N. rapporto \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_