

Lisa

**Kaebuste arvestamise vorm**

**1. osa (kaebus)**

Patsiendi / kliendi nimi \_\_\_\_\_

Kaebuse esitaja nimi / seos patsiendiga \_\_\_\_\_

Kaebuse esitaja kontaktandmed \_\_\_\_\_

Kaebuse esitamise kuupäev \_\_\_\_\_

Kaebuse kirjeldus

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. osa (vastuvõtmine)**

Nimi

.....

Amet

.....

Allkiri

.....

Kuupäev

.....

**3. osa (lahendamine)**

Menetleja nimi \_\_\_\_\_

Menetlus (võetud selgitused) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kasutusele võetud meetmed

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Tulemus \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kaebaja informeerimise kuupäev: \_\_\_\_\_

Tagasiside: \_\_\_\_\_

Kaebus põhjendatud: jah/ ei / osaliselt / ei oska öelda.

Kuupäev: \_\_\_\_\_ Allkiri \_\_\_\_\_