

	Grupa Penta Hospitals Polska Szpital Św. Rocha w Ozimku	Standard: Poprawa Jakości PJ
	Załącznik 1 do PJ/9-2/2025	
	Formularz składania skargi, reklamacji lub wniosku	Data wydania 22.07.2025 Nr wydania 4

FORMULARZ SKŁADANIA SKARGI/REKLAMACJI

NR/...../...../.....

Nr kolejny/symbol jednostki/miesiąc/rok

(wypełnia pracownik jednostki medycznej przyjmujący formularz)

Skarga, reklamacja, wniosek* wniesiony osobiście/za pomocą środków komunikacji elektronicznej/listownie/telefonicznie/drogą mailową * w dniu

przez: ☐ pacjenta ☐ osobę uprawnioną do zgłoszenia skargi, wniosku lub reklamacji* w imieniu pacjenta

.....
(należy wskazać podstawę uprawnienia, np.: rodzic małoletniego, opiekun osoby ubezwłasnowolnionej – jeśli dotyczy)

Imię i Nazwisko

Adres zamieszkania (ulica, miejscowość, kod pocztowy)

nr tel. kontaktowego

Opis zdarzenia (do formularza należy dołączyć wszelką dokumentację dotyczącą opisywanej sprawy, która umożliwi/ułatwi proces rozpatrywania)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Numer konta bankowego (uzupełnić w przypadku składania reklamacji/wnioskowania o zwrot poniesionych kosztów):

.....

Forma odpowiedzi

- ☐ Kontakt pisemny drogą listowną
- ☐ Kontakt pisemny drogą e-mailową (adres e-mail do kontaktu:)
- ☐ Kontakt telefoniczny
- ☐ Rozwiązanie problemu bezpośrednio po zgłoszeniu
- ☐ Osobiście

.....
Czytelny podpis osoby przyjmującej

.....
Czytelny podpis osoby składającej

* niepotrzebne skreślić

	Grupa Penta Hospitals Polska Szpital Św. Rocha w Ożimku	Standard: Poprawa Jakości PJ
	Załącznik 1 do PJ/9-2/2025	
	Formularz składania skargi, reklamacji lub wniosku	Data wydania 22.07.2025 Nr wydania 4

Skarga/reklamacja przyjęta przez LAS (osobiście/telefonicznie/pisemnie/ mailowo *) w dniu o godz.....

.....
czytelny podpis osoby przyjmującej skargę/reklamację - LAS

Wypełnia osoba rozpatrująca skargę/reklamację

Osoba rozpatrująca skargę/reklamację (odpowiedzialna za odpowiedź)

Problem rozwiązano / lub przekazano do*:

Opinia osoby, której dotyczy skarga /reklamacja:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data, podpis

Opinia i decyzja osoby rozpatrującej skargę/reklamację, odpowiedzialnej za udzielenie odpowiedzi.
Proponowane rozwiązanie problemu.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data, podpis

* niepotrzebne skreślić

	Grupa Penta Hospitals Polska Szpital Św. Rocha w Ożimku	Standard: Poprawa Jakości PJ
	Załącznik 1 do PJ/9-2/2025	
	Formularz składania skargi, reklamacji lub wniosku	Data wydania 22.07.2025 Nr wydania 4

Opinia i decyzja Dyrektora Jednostki

.....

.....

.....

.....

.....

data, podpis

Potwierdzenie udzielenia odpowiedzi:

Forma odpowiedzi

- ☐ Kontakt pisemny drogą listowną
- ☐ Kontakt pisemny drogą e-mailową
- ☐ Kontakt telefoniczny
- ☐ Rozwiązanie problemu bezpośrednio po zgłoszeniu
- ☐ Osobiście

.....

data, podpis

Procedurę zakończono:

.....

data, podpis przełożonego