ANKIETA OPINII PACJENTA

DANE PACJENTA:

Imię _____

Nazwisko _____

Pesel _____

Adres _____

Nr tel. _____ lub _____

e-mail _____

Rodzaj płatnika świadczeń medycznych ☐ NFZ ☐ ubezpieczenia medyczne ☐ FFS (odpłatność indywidualna)

DANE OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ ANKIETĘ (JEŻELI JEST INNA NIŻ TA, KTÓREJ ANKIETA DOTYCZY)

Imię _____

Nazwisko _____

Nr tel. _____ lub _____

e-mail _____

SZCZEGÓŁY ZGŁOSZENIA:

Data _____

Miejsce (nazwa i adres placówki medycznej)_____

Opis sytuacji _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

PODPIS OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

_____

PREFEROWANA FORMA ODPOWIEDZI

☐ TELEFONICZNIE ☐ E-MAIL ☐ POCZTA TRADYCYJNA ☐ ODPOWIEDZ NIE JEST WYMAGANA

DANE PRACOWNIKA PRZYJMUJĄCEGO ANKIETĘ

Imię _____

Nazwisko _____

Data przyjęcia ankiety _____