



ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ HASTA ve HASTA YAKINLARI ÖNERİ FORMU

BU BÖLÜM ÖNERİYİ YAPANLAR TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR

Öneri sahibi (Doldurmak zorunlu değildir.)	Adı-Soyadı:	Yaşı:	İletişim Bilgileri:
	Hizmet Aldığı Birim:	Mesleği:	Tarih:
Mevcut Durum :			
Öneri/Şikayet/ Memnuniyet Nedenleri:			

Dikkat: Burada belirtilen görüş ve önerileriniz, kurumumuzun hizmet kalitesini artırma yönünde yapılacak iyileştirme çalışmalarında kullanılacaktır. Sız ayrıca belirtmediğiniz sürece Hasta Hakları ve Kalite Birimleri dışındaki birimlerle paylaşılmayacaktır.

OE-MOS-PR-001/FR-007
REV. NO:00