

RECLAMO



Revisione

01

del

24.09.2021

MOD

REC MDS 9

Reclamo n. _____

Paziente _____ Data _____

Descrizione reclamo/segnalazione/elogio

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 _____