

Załącznik 1: Formularz skarg i wniosków

Skuteczny system pochwał, skarg i wniosków wiąże się z zasadami przejrzystości, przystępności, zdolności reagowania, oceny i badania, informacji zwrotnej oraz ukierunkowania na stałe udoskonalanie i najwyższą jakość usług.

Niniejszy formularz skarg i wniosków jest narzędziem ułatwiającym wysłuchanie informacji zwrotnej ze zrozumieniem oraz skuteczne zarządzanie informacją zwrótną poprzez zanotowanie kluczowych informacji w momencie pierwszego kontaktu.

Przychodnia Med-Pol dąży do zapewnienia wysokiej jakości opieki i świadczeń leczniczych zgodnej z Pana/ Pani potrzebami. Cenimy sobie Państwa opinie - w tym skargi.

Chętnie dowiemy się, co robimy dobrze i w jakim obszarze możemy usprawnić nasze usługi.

Proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X poniżej

To jest:	<input type="checkbox"/> pochwała	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> skarga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> informacja zwrotna (wniosek)	<input type="checkbox"/>
-----------------	-----------------------------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------	---	--------------------------

Część 1: Pana/ Pani dane

Czy życzy Pan/ Pani sobie zachować anonimowość? (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------

Dane osobowe

Imię:	
Nazwisko:	
Adres:	
Nr telefonu:	
Nr telefonu komórkowego:	
Adres email:	

Czy wymaga Pan/ Pani tłumacza?

<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> jeśli tak , z jakiego języka?	<input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------------------	---	--------------------------

Czy przekazuje Pan/ Pani informację zwrótną w imieniu innej osoby? (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)

<input type="checkbox"/> nie (proszę przejść do części 4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	------------------------------	--------------------------

Załącznik 1: Formularz skarg i wniosków

Część 2: Informacja zwrotna przekazywana w imieniu innej osoby
Prosimy o podanie danych osoby, w imieniu której Pan/ Pani działa:

Imię:	
Nazwisko:	
Adres:	
Nr telefonu:	
Nr telefonu komórkowego:	
Adres email:	

Proszę wskazać co łączy Pana/ Panią z osobą, w imieniu której Pan/ Pani działa:

Czy jest Pan/ Pani przedstawicielem prawnym świadczeniobiorcy?
(proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)

tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Jeśli **tak**, proszę podać szczegóły:

--

Czy świadczeniobiorca wie, iż składa Pan/ Pani w jego imieniu skargę? (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)

tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Jeśli **nie**, proszę podać przyczynę:

--

Czy możliwa jest rozmowa ze świadczeniobiorcą? (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)

tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Jeśli **nie**, proszę podać przyczynę:

Załącznik 1: Formularz skarg i wniosków

--

Część 3: Zgoda świadczeniobiorcy na udzielenie informacji zwrotnej w jego imieniu

Jeśli udziela Pan/ Pani informacji zwrotnej w imieniu świadczeniobiorcy, wymagamy zgody świadczeniobiorcy na uzyskanie i przekazanie informacji zawartej w skardze/ wniosku. Składając niniejszy dokument, proszę przedstawić dowód, iż świadczeniobiorca udzielił takiej zgody, np. podpisane przez świadczeniobiorcę oświadczenie (wg wzorca poniżej).

Ja (wstawić imię i nazwisko świadczeniobiorcy), wyrażam zgodę na udzielenie lub zbieranie informacji przez (wstawić imię i nazwisko osoby, która przyjmuje zgodę) w zakresie niezbędnym do złożenia skargi bądź udzielenia pochwały lub informacji zwrotnej w moim imieniu.

Podpis:		Data:	
---------	--	-------	--

Część 4: Proszę podać dane lekarza, którego dotyczy informacja zwrotna:

Imię i nazwisko lekarza:	
--------------------------	--

Część 5: Proszę wpisać swoje uwagi (treść skargi)

Proszę podać szczegóły dotyczące zdarzeń, które doprowadziły do złożenia skargi, pochwały, lub informacji zwrotnej, przybliżone daty i osoby uczestniczące.

--

Załącznik 1: Formularz skarg i wniosków

Część 6: Jakie działania podjął(-ęła) Pan/ Pani dotychczas w związku z tą informacją zwrotną?

Czy podzielił(-a) Pan/ Pani swoimi uwagami z lekarzem, którego sprawa dotyczy, bądź inną instytucją lub osobą, w ramach poszukiwania wsparcia? (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź znakiem X)

tak	<input type="checkbox"/>	nie	<input type="checkbox"/>
-----	--------------------------	-----	--------------------------

Jeśli **tak**, proszę podać z kim i z jakim wynikiem?

Część 7: Jakie są Pana/ Pani oczekiwania w związku z przekazaną informacją zwrotną?

Część 8: Polityka prywatności

Przychodnia Med-Pol zobowiązana jest do ochrony Pana/ Pani prywatności. Zbieramy i przetwarzamy dane osobowe ujawnione w niniejszym formularzu dla celów rozpatrzenia Pana/ Pani skargi/ wniosku i udzielenia odpowiedzi.

Przychodnia Med-Pol używa Pana/ Pani danych osobowych wyłącznie w sposób zgodny z odpowiednimi przepisami o ochronie danych (w tym RODO). W celu zapewnienia wydajności i skuteczności naszych działań, może zaistnieć konieczność udostępnienia Pana/ Pani danych zawartych w niniejszym formularzu z organizacjami zewnętrznymi, np. The Medical Union (MedSu), które zajmują się kwestiami poruszonymi w Pana/ Pani skardze/ wniosku.

Jeśli życzy sobie Pan/ Pani zachować anonimowość, przychodnia Med-Pol może nie być w stanie wdrożyć wszystkich oczekiwanych działań zaradczych.

Kontakt z przychodnią Med-Pol, która przetwarza Pana/ Pani dane osobowe ujawnione w niniejszym formularzu, możliwy jest pod numerem 0207 247 8218, 0789 591 1804 lub 0789 591 1872.

W związku z przetwarzaniem Pana/ Pani danych osobowych, przysługuje Panu/ Pani prawo wglądu do swoich danych osobowych oraz ich sprostowania zgodnie z Data Protection Act 1988 oraz RODO.

Załącznik 1: Formularz skarg i wniosków

Informacji dotyczących działań przysługujących na mocy Data Protection Act 1988 udziela dr Ewa Gawrońska-Schaefer pod numerem telefonu 0207 247 8218, 0789 591 1804 lub 0789 591 1872.

Część 9: Oświadczenie

Oświadczam, że informacje przekazane powyżej są prawdziwe i poprawne.

Podpis:		Data:	
---------	--	-------	--

Dziękujemy za czas poświęcony na wyrażenie Pani/ Pana opinii dotyczącej naszych usług.