

**Журнал регистрации обращений пациентов по вопросам качества оказания
медицинской помощи**

№ п/п

Дата регистрации

ФИО заявителя

Пол

Дата обращения

Лечащий врач

№ полиса ДМС (при наличии)

№ договора на предоставление платных услуг (при наличии)

Подпись работника, принявшего обращение

Приложение 3 к приказу 19/3 ОД

Лист встречи с заявителем (при рассмотрении обращения № _____ от _____)

Дата встречи " ____ " _____ 201 г. Ф.И.О. заявителя, паспорт, кем и когда выдан

_____ Инвалидность

_____ Адрес

регистрации заявителя, контактный телефон _____

_____ №, дата письменного обращения, Краткое содержание обращения

Ф.И.О. должность лица, осуществившего встречу

_____ подпись

Результат встречи (дано разъяснение, приняты иные решения):

_____ (подпись заявителя) « ____ » _____

Приложение № 4 к приказу 19/3 ОД
« УТВЕРЖДАЮ »