

باسمه تعالی

فرم رسیدگی به شکایات دندانپزشکی

اداره دندانپزشکی – معاونت درمان

|                                                                                                             |                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| شاکی                                                                                                        |                 |
| (۱) نام و نام خانوادگی:                                                                                     | (۲) نام پدر:    |
| (۴) کد ملی:                                                                                                 | (۵) سال تولد:   |
| (۶) تلفن ثابت:                                                                                              | (۷) تلفن همراه: |
| (۸) آدرس محل سکونت:                                                                                         | (۳) تحصیلات:    |
| بیمار                                                                                                       |                 |
| (۱) نام و نام خانوادگی بیمار:                                                                               | (۲) سن بیمار:   |
| (۳) مرکز مورد شکایت ( دندانپزشک عمومی، متخصص/ درمانگاه / لابراتوار پروتزهای دندانی / تبصره ۵ / بهدار تجربی: |                 |
| (۴) نوع تخصص دندانپزشک:                                                                                     |                 |
| (۵) اقدام درمانی انجام شده:                                                                                 |                 |
| (۶) تلفن ثابت:                                                                                              | (۷) تلفن همراه: |
| (۷) علت شکایت:                                                                                              |                 |
| (۸) آدرس محل سکونت:                                                                                         |                 |
| (۹) مستندات و سایر توضیحات به همراه مدارک مرتبط ضمیمه شود:                                                  |                 |
| به کدام مرجع / مراجع قانونی دیگر شکایت کرده اید:                                                            |                 |
| شرح شکایت:                                                                                                  |                 |
| *مراجعه کننده / شاکی گرامی تکمیل تمامی موارد ذکر شده فوق جهت بررسی الزامی است.                              |                 |

