

	« DOCUMENT D'ENREGISTREMENT »	REFERENCE : QUA-ENR-514 VERSION : 01	
	FORMULAIRE DE PLAINTE/RECLAMATION	<u>Date d'application :</u> 17/12/2019	Page 1/1

A adresser à la **Direction des Affaires Juridiques et des droits des patients** par MAIL ou par FAX :

Cellule droits des patients

☎ (689) 40.48.62.19- Fax (689)40.48.63.05

Mail : secretariat.dajdp@cht.pf

➤ **PATIENT** : *Le patient doit être informé de la démarche*

Nom :

Prénom(s) : Téléphone : / / /

Date de Naissance : / / N° DN : Régime :

Adresse géographique :

➤ **PERSONNE DEPOSANT LA RECLAMATION** :

Nom :

Prénom(s) : Téléphone : / / /

Date de Naissance : / / N° DN : Régime :

Adresse géographique :

Qualité : Ayant droit Représentant légal Autre :

Date de déclaration : / /

Date des faits : / / Heure des faits : h.....

Description de la réclamation : *(de qui se plaint-on ? - motivation de la réclamation - objectif de la réclamation)*

.....

.....

.....

.....

Signature :

Cadre réservé à la cellule « droits des patients »

N° enregistrement : Date d'ouverture : / /

Date de réponse : / / Date de clôture : / /

Agent en charge du dossier :

OBSERVATIONS :

.....

.....

.....

.....