Synpunkter och klagomål blankett - BCS

Har du synpunkter, klagomål eller beröm? Tala om det för oss!

För att vi ska kunna utveckla och förbättra våra verksamheter behöver vi veta vad som fungerar bra eller dåligt. Alla synpunkter som rapporteras kommer att utredas och registreras

**Vilken verksamhet/enhet berör din synpunkt?**

|  |
| --- |
|  |

**Synpunkter och klagomål i vården**

|  |
| --- |
| Beskriv synpunkter, iakttagelser eller klagomål: |
| Datum: | Underskrift |

**Anmälare: Vill du ha svar så är det viktigt att du fyller i dina aktuella kontaktuppgifter här.**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: (för- och efternamn) | Personnummer: (frivilligt) |
| Adress:Postnummer och ort: | Telefonnummer: (även riktnr) |
| Mobil: |
| E-mail: |

**Patient (om annan än anmälaren)**

|  |  |
| --- | --- |
| Namn: (för- och efternamn) | Patientens personnummer:  |
| Anmälarens släktskap till patienten: |

**Lämna blankett i avsedd brevlåda eller till personal på mottagningen/avdelningen. Eller Skicka den till Beroendecentrum Stockholm, Registrator, Friskvårdsvägen 4 plan 2, 112 81 Stockholm**

**Handläggning och beslut av åtgärd**

I fylles av närmaste chef

|  |  |
| --- | --- |
| Avser: | Personnummer:  |
| **Beskriv orsak/orsakskod:**Rutin/Vårdprogram/mallar (1), Patientsynpunkt (2), Kompetens (3), Klädsel (4), Information/ marknadsföring (5), Misstänkt stöld (6), Nycklar/kort (7), Konflikthantering (8), Lyhördhet (9), Mat (10), Inköp (11), Tillgänglighet (12), Utrustning (13), Hygien(14), IT (15), Uteblivna besök (16), Patients tillhörighet (17), Avtal och uppdragsbeskrivning (18), Lokaler (19), Läkemedel (20), Arbetsfördelning (21), Dokumentation (22), Tystnadsplikt (23), Lagerefterlevnad (24), Samverkan (25), Svinn (26), Övrigt (27), Anhöriga (28) |
|  |
| **Hur kan man åtgärda och förebygga? Ge förslag.** |
| **Beslut om handläggning/åtgärd:** |
| **Datum och sign. av ansvarig chef:** |
| **Ansvarig för utredning/åtgärd:** | **När ska åtgärd ha vidtagits?** |
| **Resultat av åtgärder:** |

**Vidtagen åtgärd/er har delgivits patient/anhörig:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort och datum Namnteckning