#

## **FormulAire de plainte ou dE DOLéANCE**

**Les renseignements fournis dans ce formulaire sont acheminés de façon confidentielle au Gestionnaire des plaintes.**

Avant de remplir ce formulaire parlez d’abord de votre insatisfaction à l’équipe médicale et soignante concernée.

Champs obligatoires \*

## **IdentificATion dU PATIENT**

|  |
| --- |
| prénom et nom : \* |
| Prénom et nom |
| Date de naissance/Matricule : \* |
| AAAA-MM-JJ |
| ADRESSE : \* |
| No civique et rue |
| VILLE : \* |
| PAYS : \* | CODE POSTAL : \* |
| téléphone : \* *Votre numéro de téléphone doit être valide pour que nous puissions vous appeler le cas échéant.* |
|  |
| EMAIL : \* *Votre email doit être valide pour que nous puissions vous répondre par email le cas échéant.* |
|  |

## **IdentificATion du représentant du PATIENT**

|  |
| --- |
| prénom et nom \* (s’il y a lieu) :  |
| Prénom et nom |
| Précisez la nature de la représentation (fournir la preuve de cette représentation \* en joignant 1 copie d’une pièce d’identité en annexe) |
| □ mandataire □ tuteur □ curateur □ parent ……….. □ autre …………. |
| ADRESSE :  |
| No civique et rue |
| VILLE :  |
| PAYS :  | CODE POSTAL : |
| téléphone : \* *Votre numéro de téléphone doit être valide pour que nous puissions vous appeler le cas échéant.* |
|  |
| téléphone : \* *Votre numéro de téléphone doit être valide pour que nous puissions vous appeler le cas échéant.* |
|  |
| pièce jointe  : preuve de la representation joindre copie pièce identite… |

## **Accusé de réception**

|  |
| --- |
| courriel de la personne qui a rempli le formulaire : \* *Votre email doit être valide pour que nous puissions vous répondre par email le cas échéant.* |
|  |

## **Plainte ou insatisfaction**

|  |
| --- |
| Site : \* |
| □ Hôpital Kirchberg □ Clinique Bohler □ Zithaklinik □ Clinique Ste Marie  |
| Service\* :  |
| □ Liste déroulante des services  |
| Date de l’événement : \* AAAA-MM-JJ |
| Nom du professionnel (s’il y a lieu) : |
|  |
| motifs \* : si la case prise en charge aspect medical et/ou paramédical est cochee le texte pour autorisation s’affiche. |
| * PEC aspect medical
* PEC aspect paramédical

□ informations□ relationnel□ Hotellerie…. Autorisation «  Consultation des Données à caractère Personnel »  Je soussigné (e), Madame/ Monsieur ………………,…………… matricule ………………………………. donne mon accord à une personne qualifiée chargée par la Direction Générale pour consulter mon dossier afin de traiter ma doléance/plainte.  |
| description détaillée du ou des problèmes rencontrés : |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| piéce jointe : … |
| résultats attendus : \* |
| □ excuses□ dedommagement□ explications□ pas de suivi□ informer la direction □ sanctions □ autre : ……. |

## □ En soumettant ce formulaire, j’accepte que mes données personnelles soient utilisées pour me contacter..