Clinica Siligato	**RECLAMO CLIENTE**	MOD-RCLT Rev. 1 – 05/06/2012
RECLAMO N°: _____	**DATA: _____**	**ANNO: _____**

Da redigere a cura di chi reclama

Nome e Cognome:			
Indirizzo:			
e-mail:		**cell:**	**tel:**
Prestazione ricevuta:	☐ Degenza	☐ Visita ambulatoriale ☐ Chirurgia ambulatoriale ☐ Fisioterapia	☐ Laboratorio Analisi ☐ Radiologia / ecografia
Reclamo relativo a:	☐ Direzione sanitaria ☐ Direzione amministrativa	☐ Personale medico ☐ Personale infermieristico ☐ Personale ausiliario ☐ Personale amministrativo	☐ Assistenza ☐ Comfort alberghiero ☐ Struttura
Descrizione dell'accaduto: **Firma:**			

Da redigere a cura della Casa di Cura

Trattamento del reclamo a cura di:		
Note per la risoluzione del reclamo:		
Risposta per il cliente:		
Firma di chi ha trattato il reclamo	**Firma della Direzione:**	

Lettera di risposta al Cliente	**Data:**	
	Riferimento documento di risposta: (protocollo posta)	
	Documento di risposta consegnato:	☐ Per posta ☐ Per fax ☐ Per e-mail ☐ A mano