

LETTERA DI RECLAMO

*I campi contrassegnati con * sono obbligatori*

Consultare la Carte dei Servizi Domiciliari per conoscere le caratteristiche dei servizi (sez. dedicata sito www.medihospes.it)

COMPILARE IL MODULO CON CARATTERI IN STAMPATELLO PER UNA MAGGIORE LEGGIBILITÀ

Reclamo presentato da:

Utente

Care givers

Tutore legale o delegato alla presentazione del reclamo

Informazioni personali

Nome* _____ Cognome* _____

Codice fiscale* _____

Indirizzo (via/ piazza)* _____ N. civico _____

CAP _____ Comune _____ Provincia _____

Al fine di gestire al meglio la tua richiesta e facilitare eventuali comunicazioni è necessario indicare tutti i tuoi riferimenti di contatto e selezionare la modalità per l'invio della risposta

Email _____ Cellulare _____ Telefono fisso _____

Servizio oggetto del disservizio:

- Cure domiciliari private
- Cure domiciliari convenzionate ASL Specificare ASL _____

Tipologia di disservizio:

- Mancato accesso dell'operatore senza preavviso
- Ritardo accesso dell'operatore senza preavviso
- Accesso operatore diverso da quello previsto
- Errata o mancata esecuzione delle prestazioni definite nel PAI
- Parziale esecuzione delle prestazioni definite nel PAI
- Atteggiamento inappropriato dell'operatore (modo di porsi, capacità di comunicazione verbale e non verbale)
- Osservanza delle norme di igiene e profilassi dell'operatore
- Corretta registrazione delle prestazioni dell'operatore
- Scarsa o cattiva comunicazione con l'operatore del Call Center
- Informazione carente o inesatta su elementi riguardanti il PAI
- Altro

Ulteriori informazioni (Utilizzare questo spazio per la descrizione dettagliata dei fatti):
