



SZOMBATHELYI EGÉSZSÉGÜGYI ÉS
KULTURÁLIS INTÉZMÉNYEK
GAZDASÁGI ELLÁTÓ SZERVEZETE
9700 Szombathely, Wesselényi u. 4.

Levelezési cím: 9700 Szombathely, Pf. 239

sz/66-2/2023

Tisztelt Betegünk!

Intézményünk az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV. törvény rendelkezési alapján a betegek egészségügyi szolgáltatással kapcsolatos panaszának kivizsgálására az alábbi szabályzatot alkotta meg:

- a szabályzat területi hatálya kiterjed az intézmény valamennyi egészségügyi szolgáltatást nyújtó munkahelyére
- személyi hatálya az intézménnyel alkalmazotti, illetve egyéb jogviszonyban álló dolgozóira és
- az intézménynél egészségügyi szolgáltatást igénybe vevő betegeire.

Jelen szabályzat nem zárja ki a beteg azon jogát, hogy panaszukkal élve a betegjogi képviselőhöz, a területileg illetékes más hatósághoz, illetve intézményünk fenntartójához, a Szombathely Megyei Jogú Város Önkormányzatához forduljon.

- amennyiben Ön (a beteg, vagy hozzátartozója) panaszával írásban vagy szóban az egészségügyi szolgáltatást végző szervezeti egységünk dolgozójához fordul, az köteles Önt az **intézmény igazgatójához** (panaszt fogadó) irányítani
- a panaszról a fogadónak - amennyiben a panaszos azt kéri -, értesítenie kell a betegjogi képviselőt
- szóbeli előterjesztés esetében a panaszt a panaszt fogadó Önnel (a beteggel, a panaszossal) közösen egyeztetni, a panaszt a Panaszbejelentő lapon* feljegyzni, aláírja és a panaszossal is aláírattja, a panaszügy iktatásáról a titkárság gondoskodik
- írásban érkező panasz esetén az a panaszlevelet **9700 Szombathely, Wesselényi Miklós utca 4.** címre, elektronikusan írt panaszt az eu.kult@gesz.szombathely.hu e-mail címre kell megküldeni, a panaszügy iktatásáról a titkárság gondoskodik

Panasz kivizsgálása:

- a panasz kivizsgálására – kivéve azonnali intézkedés szükségessége esetén – 30 napos határidő áll rendelkezésre. A vizsgálat eredményéről az érintettet 10 munkanapon belül tájékoztatja az intézmény igazgatója.
- Benyújtott panasz kivizsgálása érdekében, ha a vezetőség szükségesnek látja, személyesen is meghallgathatja a panaszost, akit a meghallgatás időpontjáról hitelt érdemlő módon értesíteni kell.

Tisztelt Betegünk, reméljük panaszának kivizsgálásával is hozzájárulunk az Ön gyógyulásához!

Vigné Horváth Ilona
igazgató



*melléklet szerinti forma és tartalom

Telefon: 94/313 286, 94/313 068, 94/313 386 E-mail: eu.kult@gesz.szombathely.hu Web: gesz.szombathely.hu

Bankszámlaszám: 10918001-00000129-17210003

Adószám: 15573241-2-18

SZOMBATHELYI EGÉSZSÉGÜGYI ÉS KULTURÁLIS INTÉZMÉNYEK
GAZDASÁGI ELLÁTÓ SZERVEZETE
9700 SZOMBATHELY, WESSELÉNYI M. U.4.

PANASZBEJELENTŐ LAP

Helyszín: Szombathelyi Egészségügyi és Kulturális GESZ által működtetett.....
.....

Időpont:.....

Jelen vannak:..... **panaszos fél/beteg**

..... **panaszt fogadó**

..... **egyéb**

Panaszos fél/beteg neve:.....

Születési neve:.....

Születési helye:.....

Anyja neve:.....

Lakcím:.....

Telefon:.....

E-mail cím:.....

Panaszos fél/beteg elmondja:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

panaszos fél/beteg aláírása

.....

panaszt fogadó aláírása