

 GENETİK HASTALIKLAR DEĞERLENDİRME MERKEZİ	<b>MÜŞTERİ ŞİKAYET VE ÖNERİ FORMU</b>	Doküman No	GNY.KFR.18
		Yayın No/Tarihi	00/01.09.2025
		Revizyon No/ Tarihi	00/00.00.0000
		Sayfa No	1 / 2

## 1. BAŞVURU SAHİBİ VE KAYIT

BAŞVURU SAHİBİ HASTA/KURUM İSE			
Kayıt No		Başvuru Tarihi	
Adı Soyadı/ Kurum		İletişim	
Hasta Protokol No		İmza (Başvuru Sahibi / Kurum)	
Başvuru Türü	<input type="checkbox"/> Şikayet	<input type="checkbox"/> Öneri/Görüş	<input type="checkbox"/> Diğer
Konu Özeti:			


## 2. ŞİKAYETİN KAYDA ALINMASI, DOĞRULANMASI VE SINIFLANDIRMASI (Ön Değerlendirme)

Bu aşama GENAY GHDM tarafından gerçekleştirilecektir.

Şikayet Kaydını Alan Personel ve Tarihi	
---	--

Aşağıdaki adımlar Şikayet/Öneri/Diğer konu olan olaydan bağımsız bir personel tarafından doldurulmalıdır.

Değerlendirme	Tespit / Seçim			
Şikayet/Öneri/Diğer Geçerli mi?	<input type="checkbox"/> Evet (İnceleme başlatıldı)			
	<input type="checkbox"/> Hayır (Gerekçe ile beraber reddi yapıldı)			
Süreç Etkisi	<input type="checkbox"/> Pre-analitik	<input type="checkbox"/> Analitik	<input type="checkbox"/> Post-analitik	<input type="checkbox"/> İdari / Etik
Aciliyeti	<input type="checkbox"/> Kritik (Hasta güvenliği riski)		<input type="checkbox"/> Rutin	<input type="checkbox"/> Düşük
Şikayet/Öneri/Diğere Konu Alan/Kişi (biliniyorsa)				
Değerlendirmede Bulunan Personel/ler				
Tarih				

	<b>MÜŞTERİ ŞİKAYET VE ÖNERİ FORMU</b>	Doküman No	GNY.KFR.18
		Yayın No/Tarihi	00/01.09.2025
		Revizyon No/ Tarihi	00/00.00.0000
		Sayfa No	2 / 2

### 3.İNCELEME, ANALİZ VE KÖK NEDEN

Aşağıdaki adımlar Şikayet/Öneri/Diğer konu olan olaydan bağımsız bir personel tarafından doldurulmalıdır.

Kök Neden Analizi	<input type="checkbox"/> Personel	<input type="checkbox"/> Çevre	<input type="checkbox"/> Ekipman/Yazılım
	<input type="checkbox"/> Analiz Aşaması (Pre, analiz ve post analiz)	<input type="checkbox"/> KYS	<input type="checkbox"/> Geri Bildirim
	<input type="checkbox"/> Diğer		
Kök Neden Açıklaması			
<input type="checkbox"/> DİF Başlatılsın	Açıklama	Onaylayan	
<input type="checkbox"/> DİF Başlatılmasın		Ad ve Soyad	Tarih ve İmza

### 4. KARAR VE SONUÇLANDIRMA

Başvuru sahibine sunulan çözüm ve izleme

Alınan Karar			
Geri Bildirim Tarihi			
Müşteri Memnuniyeti	<input type="checkbox"/> Memnun	<input type="checkbox"/> Kısmen Memnun	<input type="checkbox"/> Memnun Değil

### 5. ONAY

	Süreçte Görev Alan Personel/ler	Kalite Yöneticisi	Laboratuvar Sorumlusu
Ad/Soyad			
Tarih			
İmza			