CASA DE ASIGURARI DE SANATATE A JUDETULUI GORJ

CHESTIONAR PRIVIND SEMNALAREA IN TIMP REAL A UNOR PROBLEME/DISFUNCTIONALITATI IN RELATIA CU FURNIZORII DE SERVICII MEDICALE

Stimate asigurat/a,

Pentru a veni in sprijinul dumneavoastra in vederea imbunatatirii relatiei cu furnizorii de servicii medicale, va rugam sa aveti amabilitatea de a raspunde intrebarilor din chestionarul atasat,bifand varianta pentru care optati si care descrie cel mai bine situatia dumneavoastra.

In incercarea de a solutiona cat mai prompt problema/disfunctionalitatea semnalata de d-voastra, chestionarul completat se va depune/transmite la sediul CASJ Gorj in maxim 48h de la constatare prin urmatoarele canale: e_mail: pdg_cas@casgorj.ro, fax:0253/223621 sau depunere personala la secretariat.

Nu uitati: opinia dumneavoastra este foarte importanta pentru noi.

A.Datele d-voastra:[1]

Nume/prenume:_____;

Adresa: _____;

Date contact(nr.tel/fax/e_mail,etc)_____;

B. Furnizorul la care v-ati adresat[2]**:**

- ☐ Spital_____si nume/prenume medic_____;
- ☐ Medic familie_____;
- ☐ Medic stomatolog_____;
- ☐ Farmacie_____;
- ☐ Clinice/paraclinice_____;
- ☐ Recuperare,medicina fizica si balneologie_____;
- ☐ Furnizor dispozitive medicale_____;
- ☐ Furnizor de servicii ingrijiri la domiciliu_____;

C. Descrierea cat mai detaliata a problemei/disfunctionalitatii sesizate de d-voastra in relatia cu furnizorul de servicii medicale:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Va multumim pentru colaborare!

---

[1] Atentie! Chestionarele anonime nu vor fi luate in calcul de CASJ Gorj.

[2] Va rugam sa specificati si numele furnizorului de servicii medicale.