




Formulaire Eloges - Remerciements Réclamations - Plaintes



ENNOV
N°

Nom :		Prénom :		
Date de naissance :		Téléphone :		
Adresse :				
 <i>Cette première partie de renseignements sera anonymisée lors du traitement</i>				
N° IPP (Identifiant permanent du patient) :				
« Je consens à la collecte et au traitement de mes données de santé à caractère personnel dans le cadre d'un parcours de soin (article 4 du Règlement général sur la protection des données). »				
<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Non Concerné
<i>L'absence de réponse sera considérée comme une autorisation à la collecte et au traitement de vos données de santé.</i>				
<input type="checkbox"/> Patient Hospitalisé		<input type="checkbox"/> Patient Consultant		<input type="checkbox"/> Visiteur
<input type="checkbox"/> Famille de patient				
<input type="checkbox"/> Civil	<input type="checkbox"/> Militaire	<input type="checkbox"/> Ayant droit (Famille de Militaire)		<input type="checkbox"/> Ne souhaite pas répondre
Date :	Heure :	Lieu :	Service :	Etage :

Votre témoignage de

Eloges / Remerciements

Réclamations / Plaintes

DESCRIPTION :



Ce courrier peut être adressé par voie interne (via les secrétariats des services)
Ou par courrier (au Secrétariat de la Direction de l'HIA Begin ou au Département Qualité)
Ou par mail aux représentants des usagers (representant.usagers@hia-begin.fr)

Ce courrier peut être adressé par voie interne (via les secrétariats des services)
Ou par courrier (au Secrétariat de la Direction de l'HIA Begin ou au Département Qualité)
Ou par mail aux représentants des usagers (representant.usagers@hia-begin.fr)