



## شكوى / تظلم مريض نفسي رقم ( 4 )

اسم المريض كاملاً	رقم الملف الطبي
العنوان	وسيلة الاتصال

التاريخ	الوقت	القسم
نوع التظلم او الشكوى	<input type="checkbox"/> اعتراض على قرار دخول إلزامي	<input type="checkbox"/> اعتراض على قرار رعاية علاجية إلزامية
	<input type="checkbox"/> اعتراض على قرار تمديد دخول إلزامي (الأول )	<input type="checkbox"/> اعتراض على قرار تمديد دخول إلزامي (الثاني)
	<input type="checkbox"/> اعتراض على قرار تمديد دخول إلزامي (الثالث )	<input type="checkbox"/> اعتراض على قرار تمديد رعاية علاجية إلزامية
	<input type="checkbox"/> معاملة مهينة	<input type="checkbox"/> استغلال مالي
	<input type="checkbox"/> استغلال جسدي	<input type="checkbox"/> استغلال جنسي
	<input type="checkbox"/> عقاب جسدي	<input type="checkbox"/> عقاب معنوي
	<input type="checkbox"/> تهديد	<input type="checkbox"/> أخرى حدد .....

تفاصيل الشكوى / التظلم .....

.....

.....

.....

.....

مقدم الشكوى	صفته بالنسبة للمريض	
العنوان	وسيلة الاتصال	
التاريخ	الوقت	التوقيع

الموظف المختص	تاريخ الاستلام	الوقت	التوقيع
الإجراءات المتخذة:			
.....			
.....			
.....			
.....			
صاحب الصلاحية	الوظيفة	التاريخ	التوقيع