

FULL DE RECLAMACIÓ/DENÚNCIA

1.-NOM I COGNOM DEL/A MALALT/A:

DNI:

Edat:

Adreça:

Població:

CP:

Telèfons:

E-mail:

CIP, CatSalut:

Assegurança d'aquesta assistència: CatSalut: ☐ Altres (indicar):

Privat: ☐

2.-RECLAMANT, si no coincideix amb el/la malalt/a:

DNI:

Adreça:

Població:

Codi Postal:

Telèfon:

E-mail:

Relació amb el malalt:

3.-ESTABLIMENT SANITARI RECLAMAT: Nom:

Adreça:

Població:

CP:

4.-FETS RECLAMATS (fets, llocs, serveis, dates, hores, testimonis, noms dels presumptes responsables, etc. Si no té prou espai pot continuar al dors):

5.-RELACIÓ DE DOCUMENTS QUE S'ADJUNTEN (informes, medicaments, factures, publicitat, etc):

6.-SI HI HA RECLAMACIONS ANTERIORS SOBRE AQUESTS FETS:

-Al centre reclamat: SI: ☐ NO: ☐ (Aportar fotocòpia de la reclamació i de la resposta).

-Al CatSalut o l'asseguradora: SI: ☐ NO: ☐ (Aportar fotocòpia de la reclamació i de la resposta).

-A l'àmbit judicial: SI: ☐ NO: ☐ (Aportar fotocòpia de la reclamació i de la resposta).

Signatura del/a reclamant

Data de la reclamació

(Si es necessita més espai per a l'exposició es pot afegir un full complementari)

