1. AMAÇ

Merkezimizde sunulan hizmetlere hasta perspektifinden bakılarak, temel hasta haklarının ve hasta memnuniyetinin sağlanması ile hizmet alınan tüm süreçlerde; hasta/hasta yakının saygı görmesi ve özenle hizmet almasının temin edilmesidir.

2. KAPSAM

Tüm çalışanlar, hasta ve hasta yakınlarını kapsar.

3. KISALTMALAR

HBBS: Hasta Başvuru Bildiri Sistemi

KNA: Kök Neden Analizi

KYB: Kalite Yönetim Birimi

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

4. TANIMLAR

4.1. Rıza Formu: Uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak sağlık personeli tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş dokümandır.

4.2. Mahremiyet: Hastanın bakım ve tedavi amacıyla (tetkik sonuçları, hastalığı ve tedavisi ile bilgiler) ya da başka bir sebeple açıklamak zorunda olduğu ancak, toplumdaki diğer bireylerin bilgisinden saklamak istediği yaşama alanını ifade etmektedir.

4.3. Sosyal Mahremiyet: Bireyin, sosyal ilişkilerinin yönetimi, yani ilişkinin tarafları, sıklığı ve etkileşimine ilişkin kontrolünün olmasıdır. İnsanları bireysel ve grup olarak değerlendirmeyi, kültürel özellikleri göz önünde bulundurmayı gerektirir.

5. SORUMLULAR

Üst Yönetim

Kalite Yönetim birimi

Hasta Güvenliği Komitesi

Hasta Hakları Birim Sorumlusu

Tüm Merkez Personeli

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. Hasta ve Hasta Yakını, Sağlık Hizmeti Sunum Süreçleri Hakkında Bilgilendirilmesi

- Hasta ve hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilir.

6.1.1 Ayaktan ve Yatan Hastalarda Bilgilendirme Süreci.

- Hasta bekleme alanlarında bulunan monitörler,
- Muhtelif yerlerde bulunan bilgilendirme broşürleri,
- Danışma-karşılama personellerinin sözlü bilgilendirmesi,
- Anabilim dalı sekreterlerinin sözlü bilgilendirmesi,
- Hekimlerin sözlü bilgilendirmesi,
- Radyoloji bölümünde hasta/hasta yakınlarına yönelik bilgilendirme yazıları,
- Hasta bekleme alanlarında bulunan hasta hakları ve sorumlulukları bilgilendirme tabloları,
- Hastanemiz web sayfası aracılığıyla bilgilendirmeler yapılır.
- Merkezimiz'de yataklı hizmet olmadığından, yatan hasta bulunmamaktadır.

6.1.2 Tıbbi Müdahale ve Takip Süreci:

Hasta/hasta yakınlarına asgari aşağıdaki konularda hekimi tarafından sözlü olarak bilgilendirme yapılarak işlem uygulanmaktadır.

- Hastanın genel durumu
- Tedavi süreci
- Bakım uygulamalarının seyri
- Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale

6.1.3 Hasta ve hasta yakınlarına;hastanın kullanacağı ilçlar,tedavi ve takip sürecinde dikkat edilecekler,gerektiğinde bilgi almak için iletişime geçeceği sağlık personeli ve gerekli görülen tüm diğer konularda bilgilendirme süreci:

- Merkezimizin kliniklerinde mahremiyet kurallarına uygun fiziki şartlar sağlanmış olup, uygun ortamda hasta ve hasta yakınlarının mahremiyeti korunarak bilgilendirme yapılır.
- Tedavisi tamamlanan hasta ve hasta yakınlarına hastanın kullanacağı ilaçlar, tedavi sonrasında dikkat edeceği hususlar, gerektiğinde bilgi almak için iletişime geçeceği hekim ve gerekli görülen tüm diğer konularda bilgilendirme yapılır.

6.1.4 Hasta Hakları Ve Sorumlulukları Hakkında Bilgilendirilme:

Hasta ve hasta yakınları; broşürler, yüz yüze görüşülerek; kendilerine sunulan hizmetleri, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunları ya da Merkezimiz ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikâyetlerini nasıl iletebilecekleri konusunda bilgilendirilir. Yapılan bilgilendirmelerde; görüş, öneri ve şikâyetlerini, ne şekilde, kimler, hangi birimler aracılığıyla ya da hangi araçları kullanarak yapabilecekleri anlatılır.

Hasta Hakları:

a. Hizmetten Genel Olarak Faydalanma,
b. Bilgilendirme ve Bilgi İsteme,
c. Sağlık Kuruluşunu ve Personelini Seçme ve Değiştirme,
d. Mahremiyet,
e. Rıza,
f. Güvenli Ortamda Sağlık Hizmeti Alma,
g. Dini Vecibelerini Yerine Getirebilme,
h. Saygınlık Görme ve Rahatlık,
i. Ziyaretçi ve Refakatçi Bulundurma,
j. Şikayet ve Dava Hakkı

Hasta Sorumlulukları:

a. Başvurduğu sağlık kurum ve kuruluşunun kural ve uygulamalarına uygun davranma ve katılımcı bir yaklaşımla teşhis ve tedavi ekibinin bir parçası olduğu bilinciyle hareket etme,
b. Yakınmalarını, daha önce geçirdiği hastalıkları, gördüğü tedavileri ve tıbbi müdahaleleri, eğer varsa halen kullandığı ilaçları ve sağlığıyla ilgili bilgileri mümkün olduğunca eksiksiz ve doğru olarak verme,
c. Hekim tarafından belirlenen sürelerde kontrole gelme ve tedavinin gidişatı hakkında geri bildirimlerde bulunma,
d. Randevu tarih ve saatine uyma ve değişiklikleri ilgili yere bildirme,
e. İlgili mevzuata göre öncelik tanınan hastalar ile diğer hastaların ve personelin haklarına saygı gösterme,
f. Personele sözlü ve fiziki saldırıya yönelik davranışlarda bulunmama,
g. Haklarının ihlal edildiğini düşündüğünde veya sorun yaşadığında Hasta Hakları Birimine başvurma.

Merkezimizde **Hasta Hakları ve Sorumlulukları** broşürleri ve Şikayet kutuları hasta bekleme alanlarında hastaların görebileceği şekilde duvarlarda asılmaktadır .

6.1.5 Hasta Güvenliğini Olumsuz Etkileyen İstenmeyen Olayların Meydana Gelmesi Durumu:

Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi üzerinden veya form doldurarak bildirim yapılır. Hasta Güvenliği Komitesi toplanır ve bildirim konusu değerlendirilir. Olaya yönelik kök neden analizi yapılır. Düzeltici İyileştirici faaliyet başlatılır. Hasta süreç hakkında bilgilendirilir.

Hasta veya hasta yakını bilgilendirilirken:

- Hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığı ve duygu durumu değerlendirilmelidir.
- Hastanın duygularını ifade etmesine fırsat verilmelidir.
- Görüşmeye başlanırken herkesin birbirini tanıması sağlanmalıdır. Personeller kendilerini tanıtmalı ve hasta yakınlarına da kendilerini tanıtma fırsatı verilmelidir.
- Hasta ve yakınlarının olay hakkındaki güncel bilgileri sorgulanır. Hastanın durum hakkındaki bilgi veya şüpheleri görüşmenin gidişatını belirleyecektir.
- Görüşme hasta değil yakınları ile yapılacaksa, olay ile ilgili bilginin hangi ayrıntıda hastaya iletileceği belirlenmelidir.
- Acele etmeksizin, basit sözcüklerle ve tıp terminolojisi kullanmaksızın ne olduğu, nerede ve ne zaman olduğu anlatılır. Basit sözcüklerle olayı anlatmak kaygı düzeyini düşürecektir.
- İstenmeyen olayın etkisini azaltmak ve /veya hatayı düzeltmek için ne yapılacağı konusunda bilgi verilir.
- Hasta ve yakınlarının destek gereksinimleri belirlenip destek önerilir.
- Soru sormaları için cesaretlendirilir ve sorulara doğru ve anlaşılır cevaplar verilir.
- Olay ciddi ise, açıklama zaman kaybetmeden yapılır. Var olan bilgi sınırlı da olsa bunu hasta ve yakınlarını gelişmelerden haberdar etmek koşulu ile ve bundan sonra olması muhtemel durumda belirtilerek paylaşılır.
- Duyarsız bir görünüm sergilemekten ziyade empatik bir yaklaşım oluşturulmalıdır.
- Hasta ve yakınlarının konu ile ilgili olası soru ve sorunları olduğunda kiminle iletişim kuracağı konusunda bilgilendirilmelidir.

6.2 Hastanın Bakım Sürecine Katılımı:

6.2.1Tanı,tedavi ve taburculuk sonrası süreçlerdeki tüm karar alma aşamalarına hasta ve yakınlarının katılımının sağlaması:

Tedavisi tamamlanan hasta ve hasta yakınlarına hastanın kullanacağı ilaçlar, tedavi sonrasında dikkat edeceği hususlar, gerektiğinde bilgi almak için iletişime geçeceği hekim ve gerekli görülen tüm diğer konularda bilgilendirme yapılır.

6.2.2 Hastaların; Kültürel Ve Manevi Değerleriyle Çatışmadan Hizmet Alması:

- Sağlık hizmetinin verilmesinde, hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınamaz. Sağlık hizmetleri, herkesin kolayca ulaşabileceği şekilde planlanıp düzenlenir.
- Hasta, adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamanın teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere, sağlık hizmetlerinden ihtiyaçlarına uygun olarak faydalanma hakkına sahiptir. Bu hak, sağlık hizmeti veren bütün kurum ve kuruluşlar ile sağlık hizmetinde görev alan personelin adalet ve hakkaniyet ilkelerine uygun hizmet verme yükümlülüklerini de içerir.

6.2.3 Hastaların,sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği tıbbi uygulamalara ve mahremiyete ilişkinfarklı algı ve beklentilerinin Sağlanması:

- Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi Hasta Hakları Yönetmeliği (Mad.21)' e göre uygulanması esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.

6.2.3.1 Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın; fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal mahremiyeti;

- Sağlık hizmeti sunumu sırasında, hastanın kişisel bilgilerine başkaları tarafından ulaşılma durumu kontrol altında tutulur.
- Hastanın kendisiyle ilgili bilgileri nasıl, ne zaman ve ne ölçüde açığa vurabileceğine karar verme hakkı dikkate alınır.
- Hastanın değerleri, inançları ve onu etkileyen diğer konulardaki bilgileri kontrol etme, düşünce ve duygularını, hangi koşullar altında ve kiminle paylaşacağına karar verme hakkına dikkat edilir.
- Bedensel mahremiyetin yanında, hastanın vücudunu çevreleyen, başkaları tarafından görünmeyen gizli alanları, evi ve iş yeri gibi fiziksel alanları, yani kişisel egemenlik alanların mahremiyetine özen gösterilir.
- Hasta, bireysel ve grup olarak değerlendirilir, kültürel özellikleri göz önünde bulundurulur. Mahremiyete ilişkin değerleri, inançları ve beklentileri arasındaki farklılıklar dikkate alınır.

6.2.3.2 Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel mahremiyeti;

- Klinik muayenelerinde gizlilik prensiplerine riayet esastır. Burada, hastanın gelenek ve ahlak kurallarına saygı gösterilir. Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesi gerekir. Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez. Muayene esnasında poliklinik odasında tıp ve yardımcı tıp meslekleri personelinden başka kimsenin bulunmaz. Ancak hasta isterse tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilebilir.
- Muayene esnasında hasta mahremiyetinin sağlanması ve hasta muayenesinin kesintiye uğramaması için perde ve paravan gibi araçlar kullanılarak gerekli önlemler alınır.

6.2.3.3 Teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılabileceği;

- Hastanın, ağız ve diş sağlığı durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülür.
- Sağlık hizmetinin verilmesi sebebiyle edinilen bilgiler, kanun ile müsaade edilen haller dışında, hiçbir şekilde açıklanamaz.
- Kişinin rızasına dayansa bile, kişilik haklarından bütünüyle vazgeçilmesi, bu hakların başkalarına devri veya aşırı şekilde sınırlanması neticesini doğuran hallerde bilginin açıklanması, bunları açıklayanın hukuki sorumluluğunu kaldırmaz.
- Hukuki ve ahlaki yönden geçerli ve haklı bir sebebe dayanmaksızın hastaya zarar verme ihtimali bulunan bilginin ifşa edilmesi, personelin ve diğer kimselerin hukuki ve cezai sorumluluğunu da gerektirir.
- Araştırma ve eğitim amacı ile yapılan faaliyetlerde de hastanın kimlik bilgileri, rızası olmaksızın açıklanamaz.
- Tıbbi zorunluluk: Tıbbi bilgiler kişinin yararına olarak ve tedavi ile ilgili olduğu ölçüde ilgili hekimler arasında paylaşılabilir.
- Yargılama konusu olan olayla tıbbi bilgilerin ilişkisi varsa bu hasta dosyası ilgili sağlık kurumundan, hakim kararı ile dosyası istenebilir. Örneğin maluliyete ilişkin bir yargılama konusu varsa ve bu konuda adli tıp incelemesi yapılacaksa, dosya ilgili kurumdan istenir ve bu dosya ile birlikte adli tıp kurumuna gönderilir. Bu durumda maluliyetinin tespitini isteyen kişinin tıbbi dosyasının mahkeme ve ilgili kurum ile paylaşılmasını kabul ettiği düşünülebilir.
- Hastanın **sosyokültürel özellikleri** nedeniyle mahremiyeti ile ilgili gündeme getirdiği farklı algı ve beklentileri dikkate alınır: Adını açıklamama ya da saklama, yalnız kalma, tedbirli olma, ziyaretini kabul edeceği kişileri belirlemek vb.
- Toplumda göz önünde bulunan bir hasta, kişisel ve tıbbi bilgilerinin gizliliği konusunda, özellikle hassasiyet gösterilmesini talep edebilir.

- Tüm Merkez personeline hasta mahremiyeti konusunda her yıl eğitim verilir.

6.3. Hasta Hakları Uygulamalarına Yönelik Süreçler:

6.3.1. Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçlerin etkin şekilde yönetilmesi amacıyla Merkezimizde Hasta Hakları Birimi bulunmaktadır.

6.3.2. Hasta Hakları Birim Sorumlusu; hasta hakları konusunda eğitim almış, kurumun teklifi, İl Sağlık Müdürlüğünün uygun görüşü, Valiliğin onayı ile görevlendirilmiş ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Hasta Hakları biriminde, hasta hakları birim sorumlusuyla koordineli olarak çalışan bir personel görevlendirilmiştir. Hasta Hakları Personelinin görev, yetki ve sorumlulukları Hasta Hakları Birim Personeli Görev Tanımı'nda belirtilmiştir.

6.3.3 Hastaların birime kolaylıkla başvuru yapabilmelerine yönelik düzenleme:

- "Hasta Hakları Başvuru Formu" ile kabul edilir. Hastaların birime kolaylıkla başvuru yapabilmelerine yönelik düzenlemeler yapılmıştır.
- Hasta Hakları Birimi, Merkezimizde kolay ulaşılabilir ve görülebilir bir yerde, hastayla görüşme yapmaya müsait şekilde düzenlenmiştir.

- Birimde telefon, internet bağlantılı bir bilgisayar, yeterli sayıda koltuk, sandalye, masa gibi araç ve gereçler bulunmaktadır.
- Merkezimizin girişinde hizmet birimlerini **gösteren genel kroki**, kat girişleri ya da asansör çıkışlarında kat krokileri, tesis içerisinde yatay ve dikey yönlendirme levhaları ile hastaların birime kolaylıkla ulaşabilmeleri sağlanmıştır.
- Hasta hakları biriminine telefonla da ulaşılabilir.

6.3.4 Hasta Hakları Birimine yapılan başvuruların değerlendirilmesi, incelenmesi ve sonuçlandırılarak gerekli iyileştirmelerin yapılmasın sağlanması:

Başvurular;

- Doğrudan hasta hakları birimine başvurarak ya da
- Web sayfamızda bulunan grudishastanesi@giresun.edu.tr mail adresine yazarak,
- https://adsuam.giresun.edu.tr/tr/contact modülünde bulunan şikâyet ve öneri formunu kullanarak,
- Merkezimizde belirli alanlara yerleştirilen dilek-şikâyet kutularında bulunan formları doldurarak iletebilirler.

Yapılan başvuruların değerlendirilmesi, incelenmesi ve sonuçlandırılarak gerekli iyileştirmelerin yapılması;

Başvuru alındığında, acil durum mevcut ise aynı gün üst yönetim bilgilendirilir.Hasta veya yakını tarafından hasta hakları birimine doğrudan başvuru yapılması halinde, başvuru kimlik ibrazıyla yazılı olarak alınır. Yazılı başvuru tarayıcıdan geçirilerek HBBS' ye doğrudan başvuru olarak kaydedilir. Süreç hakkında başvuran bilgilendirilir.Hasta hakları birimine ulaşan başvurular, değerlendirildikten sonra varsa ilgilinin mağduriyeti giderilerek ve başvuru sahibine gerekli açıklama yapılarak yerinde çözümlenmeye çalışılır. Yapılan işlem, HBBS 'ye kaydedilir. İşlem sonucunda, şikâyet süreci devam ederse; Üst Yönetim veya yetki devrettiği yönetici imzasıyla şikâyet edilen personel ve gerekiyorsa klinik/birimden 7 gün süre verilerek konu hakkında bilgi istenir. Başvurunun birime gelmesinden itibaren 10 gün içerisinde cevabı yazı, elde edilen bilgi ve diğer belgeler HBBS'ye aktarılarak sağlık tesisinin bağlı olduğu hasta hakları kurulu sekretaryasına gönderilir. Kurul, gerek görürse hasta hakları ihlaline sebep olabilecek uygulamaları inceler ve hasta haklarının geliştirilmesi için öneri ve düzeltici işlem belirlenmesine karar verir. Sağlık kurum ve kuruluşu belirlenen süre içinde gerekli önlemleri alır, girişimlerde bulunur ve yapılan işlem hakkında kurulu bilgilendirir. Kurul, başvurunun kurula ulaştığı tarihten itibaren otuz gün içerisinde başvuru hakkında karar verir. Kararlar ilgili sağlık kurum ve kuruluşu ile başvurana bildirilir.Kurul tarafından hasta hakkı ihlali kararı verilen kamu personeli hakkında ilgili idare tarafından mutlaka idari inceleme başlatılır. Yapılan inceleme sonucundan İl Sağlık Müdürlüğüne iletilmek üzere Hasta Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimine ve hasta hakları birimine bilgi verilir. Kamu personeli olmayanlar için Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 47. Maddesine göre işlem yapılır. Hasta hakları birimine veya il koordinatörlüğüne tıbbi hata olarak ulaşan başvurular, sağlık tesisi Başhekimliğine gönderilir ve durumdan başvurana bilgi verilir. Yazılı başvuruda bulunmayan, şikâyet olarak kabul edilmeyen başvurular ile bilgileri eksik ve imzasız başvurular değerlendirmeye alınmaz. Değerlendirilen görüş ve şikayetler hakkında yapılan çalışmalar iletişim bilgileri bulunan hastalarımıza bildirilir. Alınan başvuru hasta hakları başvuru defterine kayıt edilerek başvuru formu numaralandırılır. Yapılan başvuru şikâyet ise sorunun yerinde çözülüp çözülmeyeceğine karar verilir. Sorun yerinde çözülür ise yerinde çözülen sorunlar defterine kayıt edilir. Şikâyet konusu acil bir durum ise Merkez idaresi aynı gün bilgilendirilir.

Sorun personel kaynaklı ise şikâyetle ilgili ismi geçen çalışanından en geç bir sonraki mesai günü bitimine kadar "Hasta Hakları Bilgi İsteme Formu" ile bilgi istenir ve en geç üç gün içinde cevap vermesi istenir. Taraflar dışında bilgi alınması gereken kişiler var ise onlardan da bilgi istenir. Toplanan bilgiler Hasta Hakları Kurulunda görüşülmek üzere dosyalanır. Sorun sistem ile ilgili ise sisteme yönelik öneri geliştirilmek üzere başvuru hasta hakları kurulunda görüşülür.Öneri ile ilgili başvuru, yazı vb. ilgili talepler birim sorumlusu tarafından alınarak değerlendirilir. Hasta Hakları Kurulunun da uygun bulması halinde öneri üst yönetime sunulur. Değerlendirme sonucunda öneri ile ilgili çalışmalar başlatılır. Şikayet, öneri ve görüşler, hasta memnuniyet anketleri ve hastanemiz internet sayfasındaki görüşler aylık olarak değerlendirilmektedir.Şikayet, öneri ve görüşlerde öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken konular ele alınır.Veri analizleri ve ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimlerin

sorumluları ile paylaşılmaktadır. Elde Edilen sonuçlar neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilir ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl yapılacağı planlanır.Hasta görüşlerinin değerlendirmesi neticesinde ve gerekirse düzeltici önleyici faaliyet başlatır. İlgili hastaya geri bildirimde bulunur. Hasta Hakları Birim Sorumlusu; hastaları ve yakınlarını hasta hakları, kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da hastane ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetleri ne şekilde, kimler, hangi birimler aracılığıyla ya da hangi araçları kullanarak yapabilecekleri gibi konularda bilgilendirilir.

6.4. Hasta Ve Yakınlarının Kurum Bünyesinde Sağlık Hizmet Süreçlerine Yönelik Görüş, Öneri Ve Şikayetlerinin Alınması:

6.4.1. Sağlık hizmeti sunulan tüm bölümlerde hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler:

Sağlık Bakanlığı Hasta Memnuniyet Anketleri: Aylık olarak hasta memnuniyet anketleri düzenlenmekte, anketlerdeki hastaların görüş ve şikâyetleri periyodik olarak değerlendirmektedir.

Hasta Öneri ve Şikayet Kutuları: Merkezimiz'de klinik bekleme salonlarında hasta öneri ve şikâyet kutusu bulunmakta ve hastalarımız "Hasta Öneri ve Şikayet Formu" aracılığıyla dilek, şikayet ve önerilerini yazarak iletmektedir. Bu kutular her ayın bitiminde Hasta Hakları Birim Sorumlusu, Kalite Yönetim Sorumlusu ve İdari Sorumlu tarafından açılmakta görüşler ve şikayetler değerlendirilmektedir.

Merkezimiz İnternet Sayfası: İnternet sayfamızda bulunan görüş-öneri bölümünden de hastalarımızın görüş ve önerileri Hasta Hakları Birim Sorumlusu tarafından değerlendirilmektedir. Gerekli durumlarda Hasta Hakları Birim Sorumlusu üst yönetimi bilgilendirir.

6.4.2. Hasta Ve Yakınlarının Görüş, Öneri Ve Şikâyetlerinin Alınması Ve Değerlendirilmesi

Hasta ve hasta yakınları görüş, öneri ve şikâyetlerini;

- Hasta Hakları Birimine doğrudan başvuru yaparak,
- Web sayfamızda bulunan grudishastanesi@giresun.edu.tr mail adresine yazarak,
- https://adsuam.giresun.edu.tr/tr/contact modülünde bulunan şikâyet ve öneri formunu kullanarak,
- Merkezimizde belirli alanlara yerleştirilen dilek-şikâyet kutularında bulunan formları doldurarak iletebilirler.

6.4.3. Hasta ve Hasta Yakınlarının Görüş, Öneri ve Şikâyetlerin Değerlendirilmesi: Hasta Hakları Birimi tarafından takip edilen ayaktan hasta memnuniyet anketleri, her ay düzenli olarak yapılan analizler Kalite Yönetim Birimine iletilir. 6.3.4 Başlığının altında yer alan *''Yapılan başvuruların değerlendirilmesi, incelenmesi ve sonuçlandırılarak gerekli iyileştirmelerin yapılması''* alt başlığında anlatılan şekilde gerçekleştirilir.

6.5 Hasta deneyimi Anketi Uygulamaları:

6.5.1. Hasta Hakları Birimi tarafından takip edilen ayaktan hasta memnuniyet anketleri, her ay düzenli olarak hastalara yapılır. Analizleri kalite yönetim birimine iletilir.Merkezimizde uygulanan anketler; Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içerir. Merkezimizde anketler; yüz yüze veya Merkezimiz web sayfasındaki ilgili linkten aylık periyotlarla yapılır.Ayaktan hasta deneyimi anketleri kliniğe başvuran hastanın muayene ve tetkik sonuçlarının tamamlanmasından sonra yapılır. Ay içerisinde anket uygulanacak hasta sayısı memnuniyet anketleri uygulama rehberinde belirtilen örneklem sayıları esas alınarak belirlenir.Uygulanacak anket sayısı; her yıl hasta sayısına göre yeniden belirlenir. Anketler; 16 yaşından büyük, bilinci açık hastaların kendisine, bilinci kapalı hastalar ve 16 yaşından küçük hastalar için hasta yakınlarına uygulanır.Ankete katılmak istemeyen hasta ve yakınlarına ısrarcı davranılmaz..Hastayı yönlendirecek davranışlardan kaçınır. Anketin önemini vurgular ve sunulan hizmetlerin iyileştirilmesi için kullanılacağını hastaya anlatır. Elde ettiği bilgilerin gizliliği konusunda hassasiyet gösterir ve bu konuda hastaya güvence verir.Sorular anlaşılmadığı takdirde örnekler vererek soruyu açıklar. Boş bırakılmış soru bulunmamasına dikkat eder.Sorulara verilecek cevapların gizli tutulacağı konusunda kişi bilgilendirilir. Anketin amacı, ne için yapıldığı anlatılır. Ankette yer alan soruların kişi tarafından anlaşıldığından emin olunur. Hasta memnuniyet anketi Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberinde belirtildiği

gibi her ay ve en az belirlenen sayıda uygulanır. Anket değerlendirme sonuçlarında maksimum puan 5 'tir Anket sonuçları üst yönetimle birlikte "Hasta Güvenliği Komitesi" toplantısında değerlendirilir. Gerekli görüldüğü durumlarda düzeltici İyileştirici faaliyet başlatılır.

6.5.2 Anketlerin Takibi ve Sorumluları

6.5.2.1 Merkezimiz 'Hasta Güvenliği Komitesi anketlerin uygulamasını takip etmek ve bundan doğacak iş ve işlemleri yürütmekle görevlidir.

Bunlar;

● Anketlerin uygulamasını sağlamak,

● Anketlerin gizliliğini sağlamak,

● Anket verilerini değerlendirmek, çıkan sonuçları analiz etmek,

● Anketlerden elde edilen bulgular doğrultusunda anket raporu hazırlamak.

Elde edilen sonuçlara göre hazırlanmış olan anket raporlarını üst yönetimin oluruna sunmak, gerekli görüldüğü durumlarda düzeltici iyileştirici faaliyet başlatmak.

İstediğinde hizmet kalite standartları değerlendirmesi sırasında raporları değerlendiriciyle paylaşmak,

Verileri Kurumsal Kalite Sistemi'ne ilgili ayı takip eden ayın ilk on günü içerisinde düzenli olarak aktarmaktır.

6.6 Tanı ve Tedaviye Yönelik İşlem Öncesinde Hasta Rızasının Alınması:

6.6.1 İşlem Öncesi Hasta Bilgilendirilmesi Ve Rızasının Alınması:

Merkezimiz'de yataklı hizmet sunulmadığından yatan hasta bulunmamaktadır. Ayaktan hastalarda bilgilendirmenin yapılması ve bilgilendirmeye ilişkin kurallar aşağıdaki gibi tanımlanmıştır:

6.6.2. Kayıt/Klinik Personeli Tarafından Yapılan Bilgilendirme:

● Merkezimize gelen hastaya, ilk ve genel bilgilendirme kayıt/klinik personeli tarafından yapılır. Muayene veya işlemlerinin yapılacağı yerin tarifi, hastanın tahmini bekleme süresi gibi genel bilgiler verilir.

● Kayıt/Klinik personeli tarafından Hasta/Hasta Yakınına sözlü olarak ya da "Hasta Bilgilendirme Formu" verilerek, okuması konusunda hatırlatma yapılır.

● Hasta kayıt/klinik personeli hasta kaydı yaparken ve hastayı bilgilendirirken hastanın yalnız olmasına ve sadece hastanın duyacağı ses tonuyla bilgilendirmeye dikkat eder.

6.6.3 Diş Hekimi Tarafından Yapılan Bilgilendirme:

● Ayaktan hastalarda, hastaya sunulacak her türlü teşhis, tedavi, bakım hizmetleri ve hasta sorumlulukları ile ilgili bilgilendirme hastanın hekimi tarafından yapılır.

● Hasta ve hasta yakını diş hekimi tarafından hastanın genel durumu, tedavi süreci, bakım uygulamalarının seyri, yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale hakkında ilk muayene sırasında sözlü olarak bilgilendirilir.

● Bilgilendirme basit ve sade bir anlatımla, mümkün olduğunca tıbbi terimler kullanılmadan, tereddüt ve şüpheye yer bırakmayacak biçimde, hastanın ruhsal durumuna uygun ve nazik bir anlatımla yapılır.

● Sözlü olarak yapılan bilgilendirme sonrasında hastaya yapılacak tıbbi müdahale öncesi yazılı olarak hastanın rızası alınır.

● Hastaya uygun süre tanınarak aşağıdaki bilgileri içeren formu okuması sağlanır.

Rıza(onam) formunda;

✔ İşlemin kimin tarafından yapılacağı

✔ İşlemden beklenen faydalar

✔ İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

✔ Varsa işlemin alternatifleri

✔ İşlemin riskleri ve komplikasyonları

✔ İşlemin tahmini süresi

✔ Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri

✔ Hastanın Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri

✔ Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşılabileceği

✔ Hastanın adı, soyadı ve imzası

✔ İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası

✔ Rızanın alındığı tarih ve saat vb.

● İşlemleri kabul ettiğine dair "Okudum-Anladım" ibaresinin kendi el yazısı ile onayı, bilgileri yer alır.

● Hastaya yeterli süre tanınarak düşünmesine imkân verilir.

● Hastanın tedaviyi kabul etmemesi durumunda; Hasta veya hastanın yasal temsilcisinin yapılacak işlemi kabul etmemesi halinde, hastanın/yasal temsilcisi kendi el yazısı ile tedaviyi istemediğine dair KYS-FR.614 TEDAVİ RED FORMU'nu doldurup imzalayarak sorumluluğu alması sağlanır.

Karar Verme ve Onamda Yeterli Olarak Tanımlananlar; Fakültemizde 18 yaş altı çocuk ya da karar verme kapasitesi yetersiz olan hastalarda, karar verme yetkisine sahip yetkili, hastanın birinci derece yakınının yeterliliği göz önünde bulundurulur.

Karar Verme ve Onam Almada Yetersiz Olarak Tanımlananlar; 18 Yaşından küçük kimseler, akli dengesi yetersiz olanlar, vasi veya vesayet altında olanlar.

6.6.4 Karar Verme ve Onam Almada Yetersiz Olarak Tanımlanan Hastalara Yönelik Rıza Süreci:

Hastanın kendi bakımı ve tedavisi hakkında karar verecek durumda olmaması halinde yerine karar vermeye yetkili bir kişi belirlenir ve hasta kayıtlarına not edilir. Karar verme yetkisini alabilecek kişiler; Yetkin yetişkinler, yasal yetkilendirilmiş kişiler, vasi olarak tayin edilmiş kişiler, yasal temsilcilerdir.

6.6.5 Engellilerin Engel Durumuna Uygun Bilgilendirme Yapılması:

• Ortak alanlarda ve asansörlerde her engel grubundaki kişilerin algılayabileceği şekilde yazılı, sesli ve görsel yönlendirmeler yapılmalıdır.

• Hastane girişlerinde her engel grubu için başvuru noktaları oluşturulmalıdır.

• Asansör, tuvalet, lavabo, müracaat bankosu v.b. gibi ortak alanlar her engel grubuna hitap edecek şekilde düzenlenmelidir.

• Tekerlekli sandalye transferini kolaylaştıracak ve tekerlekli sandalye manevrasına imkân verecek şekilde gerekli görülen alanların tutunma barlarıyla desteklenmesi sağlanmalıdır.

• Görme engelliler için ortak alanlarda sarı renkli takip izi hastane giriş katlarında oluşturulmuştur.

• Hastanemizde, engelli ve yakınlarının kendilerine tanınan öncelikleri belirten tabelalar, kolaylıkla görülebilecek yerlere asılmalıdır.

• Hastanmizde engelli ve yaşlı hastalara hizmet almalarını kolaylaştıracak, işlemlerinde yardımcı olacak refakatçi personel (hostes hizmeti) uygulamasına sağlanmalıdır. Tüm personele engelli bireylerin öncelikleri konusunda, yardıma ihtiyaç duyduklarında iletişime geçilebilecek noktaları konusunda eğitim verilmelidir.

• Hastane krokileri, hasta hakları, engelli tuvaletleri ve asansör kullanım talimatları da braille alfabesi kullanılarak hazırlanmalıdır.

• Hastane girişlerinde engellilerin kullandıkları araçların rahat hareket edebilmelerini sağlayacak iç ve dış mimari düzenlemelere de yer verilmelidir.

• İşitme engelli hastalarla iletişimi sağlamak üzere işaret dili bilen personel istihdam edilmeli, gerekli eğitimler verilmelidir.

• Engelli vatandaşların hastanemizde kayıt ve kabul işlemleri yapılırken bekleme ve oturma yapabilecekleri alanlar oluşturulmalıdır.

• Merkezimize ait otoparklarda engelli personel ve engelli hastaların araçları için yer ayrılmalı ve ayrılan yer standartlara uygun olarak işaretlenmelidir.

• Engelli ve yaşlı hastaların hastaneler arasındaki transferini kolaylaştırmak için “Hasta Nakil Aracı Hizmetleri” verilmelidir.

6.7. Tüm Sağlık Hizmeti Süreçlerinde Hastanın Mahremiyeti Sağlanması:

● Kliniklerde hasta ile karşılıklı oturularak yüz yüze bilgilendirme yapılır. Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik fiziksel imkânlar ölçüsünde gerekli önlemler alınmıştır.

● Sözlü yapılan bilgilendirme hastanın duyabileceği seviyede ses tonuyla üçüncü şahısların duymayacağı şekilde ve hasta yalnızken yapılır.

6.7.1 Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel mahremiyetinin sağlanması

●Klinik muayenelerinde gizlilik prensiplerine riayet esastır. Burada, hastanın gelenek ve ahlak kurallarına saygı gösterilir. Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesi gerekir. Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

● Muayene esnasında poliklinik odasında tıp ve yardımcı tıp meslekleri personelinden başka kimse bulunmaz. Ancak hasta isterse tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilebilir.

●Ünit odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.

●Muayene esnasında hasta mahremiyetinin sağlanması ve hasta muayenesinin kesintiye uğramaması için perde ve paravan gibi araçlar kullanılarak gerekli önlemler alınır.

●Muayene ve tedavi alanlarında yer alan diş üniteleri,tavana kadar kullanılan malzeme dayanıklı cam malzeme ile ayrılmıştır.

6.7.2. Hastanın bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme:

● Hastanın izin verdiği kişiler ve hekimin bulunmasında yarar gördüğü yakınları kalabilir.

● Hastanın, sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri dikkate alınmalıdır.

● Hastalara ve personele yönelik güvenlik önlemleri alınması gereken yerlerde hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.

● Hastanın tıbbi değerlendirmeleri gizlilik içerisinde yürütülmelidir. Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında gizlilik ilkesi korunarak hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir. Hastanın bize vermiş olduğu tıbbi öyküsü ve diğer konuşmaların hasta ve hekimin izni olmayan üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenir.

● Merkezimizin tüm çalışanları hastalarımıza özel olan bilgileri tesadüfen ya da görevleri sırasında şahit oldukları bilgileri orada kalmasına özen göstermek ve diğer ortamlara (başka kurumlar, diğer kişiler) taşımamak bakımından sorumludurlar.

6.7.2.1 Tıbbi Kayıtlara Erişimde Bilgi Mahremiyeti ve Güvenliği:

● Merkezimizde çalışan tüm personelin otomasyon sistemine girdiği, kullanıcı kodu ve parolası kullanılarak şifreli şekilde veri tabanında tutulmaktadır.

● Elektronik ortamda yapılan kayıtlarda ekranın görülmesi engellenir. Merkezimiz personeline verilen yetkilendirme hasta mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde yapılır.

● Her kullanıcının yetkileri otomasyon üzerinden birim yöneticisi tarafından onaylanarak belirlenir.

●Merkezimiz içinde içeriği hasta mahremiyetini etkileyecek olan bilgiler otomasyon sisteminde yetkilendirilip, bilgi işlem personeli dahil kimseye gösterilmez. Yalnızca Dekanlık onay verdiği kullanıcılara görme yetkisi verilir.

● Kullanıcıların sisteme kaydettiği nitelikli hizmetlerin hiçbiri yönetim onayı olmadan, bilgi işlem personeli haricinde hiçbir personel tarafından silinemez.

● Belirli bir şifre ile yapılan tüm işlemlerin idari ve yasal sorumluluğu söz konusu şifrenin tanımlanmış kullanıcısına ait olduğundan, verilen şifre kullanıcı tarafından değiştirilerek kullanılır.

● Bilgi güvenliği açısından ilişiği kesilen personelin şifresinin bir an önce iptali esastır. İlişiği kesilen personelin tüm şifreleri ve kullanıcı yetkileri kullanıma kapatılır.

● Tıbbi kayıtların erişime engellenmesi, aktarılması ya da üzerinde değişiklik yapılması durumunda resmi evrak yöntemi ile idarenin onayı alınarak gerekli işlemler bilgi işlem otomasyon tarafından yapılır.

6.7.3. Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi Çalışanlarına Hasta Mahremiyeti Konusunda Eğitim Verilmesi:

Yılda en az bir kez Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda eğitim verilmektedir.

6.8 Hastaların Hekim Seçme Hakkına Yönelik Uygulama:

6.8.1. Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezimiz sekiz farklı anabilim dalı dâhilinde hizmet vermekte ve hastalar kuruma her geldiğinde farklı hekimle karşılaşabilmektedir. Kurumumuzda yapılan tüm tedavi hizmetleri hastanın yararına olacak şekilde planlanmakta ve hastaya gerekli bilgilendirmeler yapılmaktadır. Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezimizde hekim seçme hakkı uygulanamamaktadır. Hastalar o an tedavisini yapan hekimi tanır, hekim tarafından bilgilendirilir ve yönlendirilir.

6.8.2. Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezimizde Anabilim Dalı Sekreterliklerinde ve klinik kapılarında hekimlerin unvanları, adları ve soyadları listelenir. Ayrıca Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezimizin resmi internet sayfasında; hekimlerin adı, soyadı, unvanı, uzmanlık alanı bulundurulur. Hekimlerin isteği halinde özgeçmişine ve fotoğrafına da internet sayfalarında yer verilebilir.

6.9 Araştırma Ve Deneysel Çalışmalara Katılım

- Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım, haber yayın veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınır, hastanın mahremiyetine özen gösterilir.

6.10 Hastanın, Bakım Süreci İle İlgili Tıbbi Dokümanlara Erişebilmesi:

6.10.1. Hasta, Bakım Süreci ile Ilgili Tıbbi Kayıtları İncelemesi:

Hasta, sağlık durumu ile ilgili bilgiler bulunan dosyayı ve kayıtları, doğrudan veya vekili veya kanuni temsilcisi vasıtası ile inceleyebilir ve bir suretini alabilir. Bu kayıtlar, sadece hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olanlar tarafından görülebilir.

Hasta; sağlık tesisi nezdinde bulunan kayıtlarında eksik, belirsiz ve hatalı tıbbi ve şahsi bilgilerin tamamlanmasını, açıklanmasını, düzeltilmesini ve nihai sağlık durumu ve şahsi durumuna uygun hale getirilmesini isteyebilir. Bu hak, hastanın ağız ve diş sağlığı durumu ile ilgili raporlara itiraz ve aynı veya başka kurum ve kuruluşlarda sağlık durumu hakkında yeni rapor düzenlenmesini isteme haklarını da kapsar.

6.10.2. Tıbbi kayıtların hangi durumlarda hasta yakını ile paylaşılabileceği belirlenmesi:
Hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin tıbbi müdahale sırasında hasta yanında bulunmasına izin verilmez. Ancak, hastanın talebi doğrultusunda tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilebilir.
Hastalarımızın tanı, tedavi ve bakımı için gerekli olmadıkça ve hasta izin vermedikçe hastanın özel ve aile hayatına müdahale edilmez. Hastanın kendisinin bilgilendirilmesi esastır. Hastanın kendisi yerine bir başkasının bilgilendirilmesini talep etmesi halinde, bu talep kişinin imzası ile yazılı olarak kayıt altına alınmak kaydıyla sadece bilgilendirilmesi istenilen kişilere bilgi verilir. Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, tedavisi, kimlik bilgileri ve kişiye özel diğer tüm bilgiler ölümden sonra bile gizli olarak korunur.
Hastaya ait tüm bilgiler, yalnızca hastanın açık izni veya mahkemenin kesin isteği üzerine açıklanabilir.

6.11 Hasta Ziyaretlerine İlişkin Planlama
Merkezimiz yataklı kurum olmadığı için hasta ziyaretlerine yönelik bir düzenleme yapılmamıştır.

6.12 Hasta Refakatçilerine Yönelik Düzenlemeler
Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezimiz yataklı kurum olmadığı için hasta refakatçilerine yönelik bir düzenleme yapılmamıştır.
Ayaktan hastaların tedavisi sırasında, hastaya yardımcı olmak üzere tedaviden sorumlu doktorun uygun görmesi durumunda , hastanın refakatçi bulundurma hakkı vardır.

6.13 GENEL ANESTEZI ALTINDA MÜDAHALE GEREKEN HASTALARIN, SUNULAN HIZMETI REDDETMESI DURUMU:

6.13.1.Hizmete yönelik reddin geçerli Kabul edilmesine ilişkin koşulların tanımlanması :
Hasta Hakları Yönetmeliği (Madde 25)Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumluluğu hastaya ait olmak üzere ;hasta kendisine uygulanması planlanan veya uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını istemek hakkına sahiptir.Bu halde ,tedavinin uygulanmamasından doğacak sonuçların hastaya veya kanuni temsilcilerine veyahut yakınlarına anlatılması ve bunu gösteren yazılı belge alınması gerekir.(KYS-FR.614 TEDAVİ RED FORMU)

- Bu hakkın kullanılması ,hastanın sağlık kuruluşuna tekrar müracaatında hasta aleyhine kullanılamaz.

Hizmete yönelik reddin geçerli kabul edilebilmesi için asgari aşağıdaki koşulların sağlanması gereklidir:

- Etki altında kalmadan kendi isteği ile karar verme durumu
- Kişinin hizmet almama durumunda yaşayacağı olası sonuçlar hakkında bilgilendirilmesi
- Reddin sunulacak hizmet ile doğrudan ilişkili olması
- Kişinin verdiği kararın sonuçlarını değerlendirebilecek kapasite ve bilinç düzeyine sahip olması.

6.13.2. Reddin geçerliliğine ilişkin koşulların sağlanamadığı hallerde ,hastanın yasal vekilinin yazılı onayı varsa hizmet sunumu gerçekleştirilmelidir.

6.13.03. Hizmetin reddelmesi durumunda asgari aşağıdaki hususlar kayıt altına alınmalıdır:

- Reddin sebebi
- Reddin geçerliliğine ilişkin koşulların sağlanma durumu
- Hastanın veya yasal vekilinin redde ilişkin yazılı beyanı; **Tedavi Red Formu** doldurması sağlanır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

7.1. Hasta Haklari Birim Sorumlusu Görev Tanımı

7.2. KYS-TAL.021 Hasta Bilgilendirme ve Rıza alma Talimatı

7.3. KYS-FR.608 (Örnek) Rıza Belgesi

7.4 EK -1-Hasta Hakları Kurul Karar Formu

7.5 EK-2- Hasta Hakları Başvuru Sonucu (Hasta İçin)

7.6 EK -4-Hasta Hakları Başvuru Sonucu (Personel İçin)

7.7 . EK-5-Hasta Hakları Başvuru Formu

7.8 .KYS-FR.614 Tedavi Red Formu

7.9 KYS-FR.615 Hasta Hakları Düzeltici-Önleyici Faaliyet Formu

7.10 . KYS-FR.616.Görüş Öneri ve Şikayet Bildirim Formu

7.11 . FR.04.Görüş-Öneri ve Şikayet Bildirim Kutusu Açma Formu

7.12 . KYS-FR.618 Hasta Hakları Birimi Yerinde Çözülen Sorunlar Formu

7.13 . KYS-FR.510 Hasta Memnuniyet Anketi