Saint Vincent de Paul
Médecine Physique et de Réadaptation

FORMULAIRE DE PLAINTE / RECLAMATION

Ce formulaire doit être adressé, dûment complété, à la direction du CRF Saint Vincent de Paul

PATIENT

Nom de naissance :

Prénom(s) de naissance :

Date de naissance : Téléphone :

Adresse :

Service d'hospitalisation : ❑ HC Neuro ❑ HC Ortho
❑ HDJ Neuro ❑ HDJ Ortho ❑ HDJ Pédiatrique

PERSONNE DEPOSANT LA RECLAMATION

❑ Le patient ❑ Ayant doit ❑ Représentant légal ❑ Autre :

Nom de naissance :

Prénom(s) de naissance :

Date de naissance : Téléphone :

Adresse :

DESCRIPTION DE LA SITUATION

Date de déclaration :

Date des faits : Heure de faits :

Description de la réclamation *(de qui se plaint-on ? - motivation de la réclamation – objectif de la réclamation)*

Signature :

Cadre réservé au PCRU
N° d'enregistrement sur le registre informatique :