

PROCEDURA PRZYJMOWANIA REKLAMACJI ORAZ ZGŁOSZEŃ POZABIEGOWYCH

Numer dokumentu: D-19 | Wersja: 1.1 | Data obowiązywania: 2026-04-15

DR. ROXICLINIC SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ z siedzibą w Warszawie przy: ul. BRZESKA 10 lok. 10, 03-737 WARSZAWA, Polska KRS: 0000968408 | REGON: 521840018 | NIP: 1133056951 Reprezentacja: Prezes Zarządu Artur Tvardovskyi.

PREAMBUŁA

Celem procedury jest zapewnienie jednolitego sposobu przyjmowania reklamacji oraz zgłoszeń dotyczących objawów, reakcji lub zastrzeżeń po wykonaniu zabiegu albo usługi, udzielania odpowiedzi, dokumentowania działań oraz ograniczania ryzyka szkód, sporów i nieporozumień.

Procedura stanowi element organizacji pracy, standardu obsługi klienta oraz systemu wewnętrznej dokumentacji Roxi Clinic.

Procedura ma charakter wewnętrzny i organizacyjny. Nie wyłącza ani nie ogranicza uprawnień klienta wynikających z obowiązujących przepisów prawa.

A. INSTRUKCJA OBSŁUGI (DLA PERSONELU)

I. Kanaly zgłoszeń

- Osobiście: **Roxi Clinic, ul. Elektoralna 12A, Warszawa.**
- Telefonicznie: **+48 511 37 06 40.**
- E-mail: **dr.roxi.cosmetic.pl@gmail.com.**
- Listownie: **Roxi Clinic, ul. Elektoralna 12A, Warszawa.**

II. Definicje

- Reklamacja** – zgłoszenie zastrzeżeń dotyczących wykonania usługi, przebiegu wizyty, jakości obsługi, rozliczenia, organizacji świadczenia albo zgłaszanego efektu zabiegu.
- Zgłoszenie pozabiegowe** – zgłoszenie dotyczące objawów, reakcji, dolegliwości lub innych następstw występujących po zabiegu albo usłudze, wymagających oceny sytuacji i ewentualnego kontaktu z klientem.
- Sprawa pilna** – zgłoszenie, w którym klient wskazuje objawy gwałtowne, szybko narastające, szczególnie nasilone albo mogące wymagać niezwłocznej konsultacji lekarskiej lub pilnej pomocy medycznej.

III. Terminy

- Potwierdzenie przyjęcia zgłoszenia: niezwłocznie, nie później niż w terminie 2 dni roboczych.
- Wstępna kwalifikacja zgłoszenia jako pilnego albo standardowego: przy przyjęciu zgłoszenia.
- Wstępna ocena zgłoszenia pozabiegowego: niezwłocznie, odpowiednio do charakteru zgłaszanych objawów.
- Odpowiedź na reklamację: w terminie 14 dni kalendarzowych od dnia otrzymania zgłoszenia.
- Jeżeli sprawa wymaga dodatkowych ustaleń, klient otrzymuje informację o przedłużeniu terminu oraz przyczynach opóźnienia.

IV. Postępowanie

1. Każde zgłoszenie wpisuje się do rejestru, nadaje numer sprawy i przypisuje osobę odpowiedzialną za prowadzenie sprawy.
2. Osoba przyjmująca zgłoszenie ustala, czy dotyczy ono:
 - reklamacji organizacyjnej, jakościowej lub rozliczeniowej,
 - zgłoszenia pozabiegowego wymagającego pilnej reakcji,
 - sprawy mieszanej.
3. W przypadku zgłoszenia pozabiegowego należy odnotować co najmniej:
 - datę wykonania zabiegu lub usługi,
 - rodzaj zabiegu lub usługi,
 - moment wystąpienia objawów,
 - ich charakter i nasilenie,
 - ewentualne zdjęcia lub inne materiały przesłane przez klienta,
 - informacje o działaniach już podjętych przez klienta.
4. W sprawach wymagających oceny specjalistycznej zapewnia się konsultację osoby o właściwych kompetencjach.
5. W razie podejrzenia ciężkiego powikłania albo stanu wymagającego niezwłocznej pomocy, klientowi przekazuje się informację o konieczności pilnego kontaktu z lekarzem, numerem 112 albo zgłoszenia się do SOR lub NPL, stosownie do sytuacji.
6. Każdy kontakt z klientem, decyzję organizacyjną, zalecenie oraz sposób zakończenia sprawy należy udokumentować w rejestrze.
7. Personel nie składa oświadczeń przesadzających odpowiedzialność Roxi Clinic przed zakończeniem analizy sprawy.

B. FORMULARZ REKLAMACJI / ZGŁOSZENIA POZABIEGOWEGO (DLA KLIENTA)

1. Dane klienta

Imię i nazwisko: _____

PESEL / data urodzenia: _____

Telefon: _____

Poczta elektroniczna: _____

2. Dane zabiegu / usługi

Data wykonania zabiegu / usługi: _____

Rodzaj zabiegu / usługi: _____

Osoba wykonująca zabieg / usługę: _____

3. Rodzaj zgłoszenia

☐ reklamacja

☐ zgłoszenie pozabiegowe

☐ reklamacja połączona ze zgłoszeniem pozabiegowym

4. Opis zgłoszenia

Proszę opisać możliwie szczegółowo problem, objawy lub zastrzeżenia, w szczególności kiedy wystąpiły, gdzie są zlokalizowane, jakie mają nasilenie oraz czy załączane są zdjęcia lub inne materiały:

5. Oczekiwany sposób załatwienia sprawy

- ☐ kontakt zwrotny
☐ konsultacja kontrolna
☐ wyjaśnienie sprawy
☐ korekta rozliczenia
☐ inne: _____

6. Załączniki

- ☐ zdjęcia
☐ dokumenty
☐ inne: _____

7. Oświadczenie

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje są zgodne z moją wiedzą.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku objawów nagłych, gwałtownie nasilających się albo mogących wskazywać na stan wymagający pilnej pomocy, należy niezwłocznie skorzystać z odpowiedniej pomocy medycznej.

Data: _____

Podpis klienta: _____

C. REJESTR REKLAMACJI I ZGŁOSZEŃ POZABIEGOWYCH (DLA KLINIKI)

Numer sprawy: _____

Data przyjęcia: _____

Godzina przyjęcia: _____

Kanał zgłoszenia: _____

Osoba przyjmująca: _____

Dane klienta: _____

Rodzaj sprawy:

- ☐ reklamacja
☐ zgłoszenie pozabiegowe
☐ sprawa mieszana

Zabieg / usługa / protokół: _____

Data wykonania zabiegu / usługi: _____

Opis zgłoszenia (skrót):

Klasyfikacja pilności:

☐ pilne

☐ standardowe

Działania podjęte:

Kontakt z klientem (data, forma, osoba kontaktująca):

Ocena sprawy / dalsze zalecenia / decyzja organizacyjna:

Odpowiedź końcowa (data, forma, treść skrótowa):

Zamknięcie sprawy (data): _____

Osoba odpowiedzialna: _____

Podpis: _____