REVİZYON TAKİP		
Revizyon No	**Revizyon Tarihi**	**Revizyon Açıklama**
01	30.09.2026	5. maddeye Tıbbi Genetik Uzmanı eklenmiştir

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
…….	…….	…….
Kalite Yöneticisi	Kalite Yöneticisi	Genel Müdür

GENAY GHDM Kalite Yönetim Sistem dokümanları ortak ağ üzerindedir. Basılı kopyaları ‘’Kontrolsüz Kopya’’ niteliğindedir. Basılı ortamda ‘’Kontrollü Kopya’’ talebiniz Kalite Yöneticisine iletiniz. Kurum için kullanım amaçlıdır, çoğaltılamaz ve Kurum dışına izinsiz çıkartılamaz.

1. AMAÇ

Laboratuvarda hizmet verilen müşterilerle ilişkilerin düzenlenmesi, geliştirilmesi, tıbbi konularda bilgilendirilme yapılması ve müşterinin talebi halinde testlerin müşteri gözetiminde yapılması için yöntem ve sorumlulukların belirlenmesi ve sunulan hizmetlerle ilgili müşteri geri besleme bilgilerini, müşteri anket uygulamalarını, öneriler ve şikayetlerin incelenerek çözümlenmesi için yapılacak işlemleri tanımlamak ve gerekirse karşılıklı görüşmeler yaparak müşterilere sunulan hizmet kalitesinin korunması ve geliştirilmesinin sağlanmasıdır.

2. KAPSAM

GENAY Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezi'nde müşterilere sunulan hizmetin şikayet, öneri ve anket gibi geri bildirim yöntemleri ile değerlendirmeyi kapsar. Aynı şekilde çalışan memnuniyeti anket uygulaması ile değerlendirerek iyileştirme aracı olarak kullanır.

3. KISALTMALAR

GENAY GHDM: GENAY Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezi

YGG: Yönetimin Gözden Geçirmesi

4. SORUMLULAR

Anket, şikâyet ve önerilerin alınmasından tüm çalışanlar, değerlendirilmesi ve gerçekleştirilecek iyileştirme çalışmalarının planlanmasından Kalite Yöneticisi, Laboratuvar Sorumlusu, *Tıbbi Genetik Uzmanı* ve Genel Müdür sorumludur.

5. TANIMLAR

Müşteri: Test talebini ileten hastalar ve doktorlar ile dış laboratuvar, tıp merkezi ve hastane gibi kurumlardır.
GENAY GHDM: Genay Genetik Hastalıkları Değerlendirme Merkezi

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. Laboratuvar Hizmetleri Hakkında Bilgilendirme

6.1.1. Laboratuvar bünyesinde yapılan testler **Test Listesi**nde tanımlanır. Bu listede numune alım bilgileri, analiz yöntemleri, ortalama test süreleri, gereken numune miktarları, çalışma günleri gibi bilgiler bulunur.

6.1.2. Test Listesi, internet ortamında yayınlanarak müşterilerin güncel bilgiye ulaşması sağlanır.

6.1.3. **Numune El Kitabı'**na uygun olarak kabul edilen numunelerle yapılacak çalışmalar sırasında oluşabilecek problemlerde (test sonuçlarının gecikmesi, cihaz arızaları, numune tekrarı vs.) Laboratuvar Sorumlusu tarafından Hasta ve Numune Kabul Personeli bilgilendirilir. Hasta ve Numune Kabul Personeli tarafından müşterilere iletilir, müşterinin isteği doğrultusunda işlemlere devam edilir.

6.1.4. Müşterilerin bilgileri Laboratuvar Etik Prosedürüne göre Laboratuvar Personeli tarafından korunur.

6.1.5. Müşteriler talep etmeleri durumunda kendilerine ıslak imzalı hasta raporları en kısa zamanda iletilir.

6.1.6. Laboratuvarlarımızda sözlü ve yazılı test talepleri alınmaktadır. Ayrıca daha önceden verilmiş bir numuneye eklenecek test talebi olduğundan telefon ile de talep alınabilir. Bu test talepleri dokümante edilerek, hastanın açık kimliği, talepte bulunan yetkili kişinin kimliği, istenilen testler, numune alma bilgileri ile hasta ile ilgili klinik veriler konusunda yeterli bilgiler kayıt altına alınmaktadır. Doktor veya kurum tarafından **Test İstem/Bilgilendirilmiş Onam Formu** en kısa sürede gönderilmektedir.

6.1.7. Müşterilerden gelen test sonuçlarının (tekrar) yorumlanmasına ilişkin talepler Hasta ve Numune Kabul

GENAY GHDM Kalite Yönetim Sistem dokümanları ortak ağ üzerindedir. Basılı kopyaları ''Kontrolsüz Kopya'' niteliğindedir. Basılı ortamda ''Kontrollü Kopya'' talebiniz Kalite Yöneticisine iletiniz. Kurum için kullanım amaçlıdır, çoğaltılamaz ve Kurum dışına izinsiz çıkartılamaz.

Personeli veya Pazarlama ve Satış Personeli tarafından Tıbbi Genetik Uzmanına iletir. Tıbbi Genetik Uzmanı hasta ile görüşerek gerekli bilgilendirmeyi yapar.

6.1.8. Laboratuvar testleri periyodik olarak gözden geçirerek günceliğini sağlamaktadır.

6.2. Müşterilerin Testleri Gözlemlemesi

6.2.1. Müşteri ya da temsilcisinin gözlem yapma isteği Pazarlama ve Satış Personeli veya Genel Müdür'e iletilir. Onay vermesi durumunda Pazarlama ve Satış Personeli veya Genel Müdür deneylerin yapılacağı ilgili Laboratuvar Sorumlusu ve Tıbbi Genetik Uzmanı ile görüşür. Laboratuvarın mevcut iş yükü dikkate alınarak, müşteri veya temsilcisine verilecek hizmet için uygun tarih belirlenir. Belirlenen tarih Pazarlama ve Satış Personeli veya Genel Müdür tarafından sözlü olarak müşteriye bildirilir.

6.2.2. Müşteri veya temsilcisinin ziyaretinden önce, laboratuvarda gizlilik ve güvenilirlik ilkesi çerçevesinde gerekli düzenlemelerin yapılması; Laboratuvar Sorumlusu tarafından sağlanır. Müşterinin kabulü için hazır olunduğu konusunda Laboratuvar Sorumlusu tarafından bilgilendirilir.

6.2.3. Müşteri veya temsilcisine Laboratuvar Sorumlusu tarafından, laboratuvarda yürütülen faaliyetlerin gizliliği, hijyeni, iş sağlığı, güvenlik kuralları ve acil durum uygulamaları hakkında bilgilendirme yapılır ve **Ziyaretçi Gizlilik Beyan Ve Sözleşmesi Formu** imzalatılır. Daha sonra müşteriye refakat edilerek Deney Personeli ile tanıştırılır ve kendi testini izlemesi sağlanır.

6.2.4. Laboratuvarda bulunulan süre içerisinde başka müşterilerin analizleri, analiz numunelerini veya analiz sonuçlarını görmemesi için;

- Mümkünse ziyaret sırasında başka analiz yapılmaması için iş planlaması yapılır.
- Hiçbir şekilde bir başka müşterinin numunesinin tanınmasına izin verilmez.
- Ziyaret esnasında raporlar ve müşteri adı tanımlı olan numuneler mutlaka görülmeyecek şekilde muhafaza edilir.
- Müşteri veya temsilcisine mutlaka refakat edilir, yalnız bırakılmaz.

6.2.5. Müşteri veya temsilcisine laboratuvarda bulunduğu süre içerisinde talep etmesi durumunda, test/deney metotları ve testlerde kullanılan cihazlar gibi konularda gerekli bilgiler Deney Personelleri tarafından verilir.

6.3. Müşteri Yerinde Ziyaret

6.3.1. Pazarlama ve Satış Personeli, Tıbbi Genetik Uzmanı ve/veya Genel Müdür, **Sözleşmeli Kurum Listesi**nde kayıtlı olan ve laboratuvar hizmeti verdiğimiz kurumlar için yapılacak müşteri ziyaretlerini **Müşteri Ziyaret Planı**nı kullanarak planlar.

6.3.2. Planlaması tamamlanan müşteriler, Pazarlama ve Satış Personeli, Tıbbi Genetik Uzmanı ve/veya Genel Müdür tarafından yerinde ziyaret edilir. Yapılan görüşmelerde, Test Listesinde tanımlanan test hizmetleri, müşteri beklentileri, yeni analiz talepleri gibi konularda fikir alışverişinde bulunulur.

6.3.3. Pazarlama ve Satış Personeli, Tıbbi Genetik Uzmanı ve/veya Genel Müdür tarafından yapılan kurum ziyaretleri sırasında kurum yetkililerinden alınan öneri ve şikâyetler **Müşteri Memnuniyet Anketi**, **Müşteri Şikayet ve Öneri Formuna** aktarılarak Kalite Yöneticisine iletilmektedir. Alınan şikâyet ve öneriler için yapılacak iyileştirme faaliyetleri **Düzeltici İyileştirici Faaliyet Prosedürüne** göre yapılmakta ve sonuçları Genel Müdür, Tıbbi Genetik Uzmanı, Laboratuvar Sorumlusu ve Kalite Yöneticisi tarafından takip edilerek sonuçları şikâyetin veya önerinin geldiği kurum veya kişiye yazılı (e-mail) olarak iletilmektedir.

6.4. Müşteri Geri Bildirimleri, Öneriler ve Şikayetler

6.4.1. Müşteriler tarafından internet aracılığıyla iletilen **Müşteri Memnuniyet Anketl**eri ile yüz yüze veya telefonla iletilen öneri ve şikâyetler, şikâyeti alan kişi tarafından **Müşteri Şikâyet ve Öneri Formuna** kaydedilerek Kalite Yöneticisine iletilir. Kalite Yöneticisi, gerekli durumlarda Laboratuvar Sorumlusu ve/veya Tıbbi Genetik Uzmanı ile birlikte değerlendirme yaparak müşteri anketi, öneri veya şikâyetleri inceler ve kabul

GENAY GHDM Kalite Yönetim Sistem dokümanları ortak ağ üzerindedir. Basılı kopyaları ''Kontrolsüz Kopya'' niteliğindedir. Basılı ortamda ''Kontrollü Kopya'' talebiniz Kalite Yöneticisine iletiniz. Kurum için kullanım amaçlıdır, çoğaltılamaz ve Kurum dışına izinsiz çıkartılamaz.

ya da red kararını belirler.

6.4.2. Laboratuvarımızda genellikle aşağıdaki konularda şikâyet ve öneriler gelmektedir;

- Kurumlara gönderilen hasta sonuç asıllarının ulaşmaması veya geç ulaşması,
- İletişim konusunda yaşanan aksaklıklar,
- Numunelerin kaybolması,
- Numunelerin karışması,
- Eksik test girişi,
- Kurye ve kargo personeli ile ilgili şikâyetler,
- Hasta isimlerinin yanlış veya eksik girişi,
- LBYS bağlantısında sonuç almada yaşanan aksaklıklar,
- Sarf malzeme ve çanta gönderiminde yaşanan aksaklıklar,

6.4.3. Şikayet, öneri ve anket değerlendirilmeleri bu konulara dahil olmayan kişiler tarafından yapılmaktadır.

6.4.4. Kabul edilmeyen öneri veya şikayet, gerekçeleri ile müşteri bildirilir ve **Müşteri Memnuniyet Anketi**, ve **Müşteri Şikayet ve Öneri Formunda** belirtilir.

6.4.5. Şikayetler risk analizleri ve iyileştirme süreçlerinde girdi olarak kullanılabilir.

6.4.6. Kabul edilen şikayetleri için **Uygunsuzluk Formu** açılarak çözümlenmesi için **Uygunsuzlukların Yönetimi Prosedürüne** göre hareket edilir.

6.4.7. Test sonucuna itiraz edildiği durumlarda, Tıbbi Genetik Uzmanı ve Laboratuvar Sorumlusu tarafından yapılan analizin tüm ara basamakları kontrol edilerek tekrar değerlendirilir. Değerlendirmenin ardından test tekrarı kararı verilirse **Numune El Kitabı**'na göre yeni numune istenerek test tekrar edilir.

6.4.8. Müşterinin test aşamasına refakat talebi varsa Madde 6.2' ye göre hareket edilir.

6.4.9. Kalite Yöneticisi, şikayetin giderilmesi için yapılan işlem ve bundan sonra benzer şikayetlerin olmaması için uygulanacak yöntem için gerekli görürse **Uygunsuzluk Formu'ndaki "DİF gerekli**" bölümünü işaretleyerek, düzeltici/iyileştirici faaliyet başlatabilir. Kalite Yöneticisi şikayete neden olan durumla ilgili herhangi bir yöntem eksikliği tespit etmişse bu konuda talimat ve/veya prosedür hazırlanmasını veya mevcutta var ise revizyonunu önerebilir.

6.4.10. Tüm personel, şikayet konusu ile ilgili olarak kişisel bilgilerin korunması ve şikâyetçilerle ilgili gizliliği sağlanmakla yükümlüdür.

6.4.11. Alınan müşteri şikayetleri, beş (5) iş günü içerisinde, detaylı olarak kaydedilerek değerlendirmeye alınır.

6.4.12. Şikayet/öneri değerlendirilmeleri şikayetin/önerinin konusuna dahil olmayan kişiler tarafından yapılmaktadır. Şikayetin/öneri ile ilgili laboratuvar sorumlusu, yapılan inceleme ve değerlendirmeden sonra söz konusu şikayet ile ilgili müşteri ile bağlantı kurar.

6.4.13. Sonuçlanma süresi, kuruluşun kendi olanakları dahilindeki konular ile ilgiliyse azami bir (1) ay içinde çözüme ulaştırılır. Yasal ya da kuruluş dışı koşullar dahilindeki konular ilgili yasa ve koşulların el verdiği sürede çözüme ulaştırılır. Sonuçlanma süresi, yapılacak faaliyete göre değişebileceği için ve **Uygunsuzluk Formu**'nda her konu için ayrıca belirtilmektedir.

6.4.14. Kabul edilen şikayet/öneri sonuçları hakkında, faaliyet sonuçlandığı zaman, laboratuvar sorumlusu tarafından müşteriye/personele yazılı ve/veya sözlü olarak bilgi verilir. Şikayet ve öneri sahibi verilen bilgilendirmeyi kabul etmez ise şikayet/öneri konusu Laboratuvar Sorumlusu tarafından tekrar değerlendirmeye alınır ve konu ile ilgili olarak Kalite Yöneticisi'ne bilgi verir. Laboratuvar Sorumlusu müşteri tatmin edilene kadar şikayet/öneri ile ilgili gelişmeleri takip etmek, uygulamak, Kalite Yöneticisi'ne bilgi vermek ile sorumludur. Kalite Yöneticisi, uygulama bitene kadar konuyu takip eder ve Yönetimi Gözden Geçirme Toplantılarında konuyu gündeme getirir.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
.....	.....	.....
Kalite Yöneticisi	Kalite Yöneticisi	Genel Müdür

GENAY GHDM Kalite Yönetim Sistem dokümanları ortak ağ üzerindedir. Basılı kopyaları ''Kontrolsüz Kopya'' niteliğindedir. Basılı ortamda ''Kontrollü Kopya'' talebiniz Kalite Yöneticisine iletiniz. Kurum için kullanım amaçlıdır, çoğaltılamaz ve Kurum dışına izinsiz çıkartılamaz.

6.4.15. Müşteri/personel yapılan tüm faaliyetler sonucunda da tatmin edilemez ise, Laboratuvar Sorumlusu, Tıbbi Genetik Uzmanı ve Genel Müdür ile görüşür ve sonraki adımlara geçilir.

6.5. Müşteri Memnuniyeti Anketi ve Değerlendirmesi

6.5.1. Laboratuvarımızda müşteri memnuniyetinin algılanması adına **Müşteri Memnuniyeti Anket Formu** hazırlanmıştır. Müşteri laboratuvar sorumlularına, hasta ve hekimlere yılda bir kez anket uygulaması yapılır.

6.5.2. Hazırlanan anketler Kalite Yöneticisi tarafından müşteri laboratuvar sorumlularına, hasta ve hekimlere Google Forms, WhatsApp ve mail ile iletilir veya telefon aracılığıyla soruların cevaplanması sağlanır.

6.5.3. Anketler, laboratuvar sorumlularına ve hekimlere Pazarlama ve Satış Personeli/Sorumlusu veya Genel Müdür tarafından yazılı anket formu, telefon aracılığı ile ya da yüz yüze yapılır. Telefonla doldurulan anketlerde anketin kiminle görüşülerek doldurulduğu anket formuna kaydedilir. Anket, 1 aylık süre içinde tamamlanır, süre bitiminde anket uygulamasına son verilerek analiz aşamasına geçilir.

6.5.4. Doğrudan başvuran hastaların **Müşteri Memnuniyeti Anket Formunu** kurumumuz içerisinde doldurmaları sağlanır.

6.5.5. Geri dönen anketler Kalite Yöneticisi tarafından toplanır. Toplanan anketler için her döneme ait olacak şekilde istatistiksel çalışmalar Kalite Yöneticisi tarafından gerçekleştirilir. Elde edilen veriler ve anket sonuçları YGG toplantısında değerlendirilir.

6.5.6. Değerlendirme; **Müşteri Memnuniyeti Anket Formunda** yer alan 10 soruya verilen cevaplar değerlendirilerek genel memnuniyet puanı 50 puan üzerinden hesaplanır ve form üzerine kaydedilir. Anket değerlendirmesinde puanlama aşağıda sunulmuştur:

1-Hiç Memnun Değilim, 2-Pek Memnun Değilim, 3-Kararsızım, 4-Memnunum, 5-Çok Memnunum

Burada toplamda 30 puan ve üzerinde veya 3 ve üzerinde alan sorularda düzeltici/iyileştirici faaliyet başlatılmaz, 20 puan veya 2 ve altında ise düzeltici/iyileştirici faaliyet başlatılması değerlendirilir. Toplanan anketlere göre bu karar verilir.

6.5.7. Anket açıklama bölümü için gerekirse anketi dolduran müşteri ile irtibata geçilerek sorun hakkında ayrıntılı bilgi alınır, gerekirse düzeltici/iyileştirici faaliyet başlatılır.

6.5.8. Yönetim Gözden Geçirme (YGG) toplantısında kontrol edilen sonuçlara göre iyileştirme yapılması gerekli olan hususlar, ilgili sorumlular ile paylaşılır. Hizmet alan kurum veya kişilerden gelen şikâyetler Hasta ve Numune Kabul Personeli tarafından **Müşteri Şikayet Ve Öneri Formu'**na aktarılır ve Kalite Yöneticisine iletilir. Şikâyetin çözümü ile ilişkili tüm çalışmalar yapılarak kayıt altına alınır. Anket sonuçlarına göre yapılacak olan iyileştirme çalışmaları **Düzeltici/İyileştirici Faaliyet Prosedürlerinde** tanımlanan akışa göre işleme alınır. Düzeltici faaliyet çalışmalarının sonucunda yapılan iyileştirme faaliyetlerinin sonuçları memnuniyetsizliği bulunan kurum sorumlusuna Kalite Yöneticisi veya ilgili uzman tarafından telefon veya yazılı (e-posta) olarak geri dönüş yapılır.

6.5.9. Anket Sonuçları ile ilgili müşterilerden gelen ve acil olarak düzeltilmesi gereken bir şikayet veya itiraz var ise YGG toplantısı beklenmeden Kalite Yöneticisi, Laboratuvar Sorumlusu, Tıbbi Genetik Uzmanı ve Genel Müdür tarafından değerlendirilerek gerekli Düzeltici/iyileştirici Faaliyetler başlatılarak müşteri bilgilendirilir.

6.5.10. Müşteri Memnuniyeti Anket Formu, Pazarlama ve Satış Personeli/Sorumlusu veya Genel Müdür ve Kalite Yöneticisi tarafından her uygulama öncesi gözden geçirilip değerlendirilir. Gerektiğinde **Doküman Talep Formu** kullanılarak **Dokümanların Yönetimi Prosedürüne** göre değişiklik önerisi yapılır.

6.5.11. Anketler Kalite Yöneticisi tarafından toplanarak 6.5.6'ya göre analiz edilir.

6.5.12. Anket esnasında müşteri acil çözüm gerektiren bir problem bildirirse, bu problem derhal ele alınır ve şikayet kapsamında incelenerek gerekli işlemler yürütülür.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
.....	.....	.....
Kalite Yöneticisi	Kalite Yöneticisi	Genel Müdür

GENAY GHDM Kalite Yönetim Sistem dokümanları ortak ağ üzerindedir. Basılı kopyaları ''Kontrolsüz Kopya'' niteliğindedir. Basılı ortamda ''Kontrollü Kopya'' talebiniz Kalite Yöneticisine iletiniz. Kurum için kullanım amaçlıdır, çoğaltılamaz ve Kurum dışına izinsiz çıkartılamaz.

6.5.13. Tüm anket çalışmalarında gizlilik koşullarına uyulur ve anketlerin yetkisiz kişilerce görülmemesi için anketler Kalite Yönetim Temsilcisi tarafından saklanır.

6.6. Çalışan Geri Bildirimleri

6.6.1. Personel öneri ve şikâyetleri, **Çalışan Memnuniyet Anket Formu** ile kayıt altına alınmaktadır. Bu formda açıklama bölümünde yazılan öneri ve şikâyetler personel öneri şikâyet kutusu kullanılarak veya Kalite Yöneticisine iletilerek üst yönetime ulaştırılması sağlanır. Öneri ve şikâyet kutusu ayda bir Kalite Yöneticisi tarafından kontrol edilir ve değerlendirilir. Gerekli durumlarda düzeltici/iyileştirici faaliyet başlatılır faaliyet sonucu şikâyet veya öneri sunan personele bildirilir.

6.6.2. Laboratuvarımızda yılda en az bir kez **Çalışan Memnuniyet Anket Formu** uygulaması yapılmaktadır. Yapılan anket uygulama değerlendirme sonuçları Genel Müdür ile paylaşılır.

6.6.3. Değerlendirme; **Çalışan Memnuniyet Anket Formu**'nda yer alan 10 soruya verilen cevaplar değerlendirilerek genel memnuniyet puanı 60 puan üzerinden hesaplanır ve form üzerine kaydedilir. Anket değerlendirmesinde puanlama aşağıda sunulmuştur:

1-Hiç Memnun Değilim, 2-Pek Memnun Değilim, 3-Kararsızım, 4-Memnunum, 5-Çok Memnunum

Burada toplamda 30 puan ve üzerinde veya 3 ve üzerinde alan sorularda düzeltici/iyileştirici faaliyet başlatılmaz, 20 puan ve altında veya 2 ve altında ise düzeltici/iyileştirici faaliyet başlatılması değerlendirilir. Toplanan anketlere bu karar verilir.

6.6.4. Tüm öneriler "Yönetimin Gözden Geçirmesi" toplantılarında değerlendirilir. Gerektiğinde öneriyi sunan personele geri bildirim yapılır.

6.7. Danışmanlık Hizmetleri

6.7.1. Laboratuvarımızda personellerin katkısı ile laboratuvar yöneticisi tarafından daha önce hazırlanan ve laboratuvar test listesinde belirtilen numune tipi, analiz yöntemi, analizlerin sonuçlanma süreleri gibi bilgilerin yanında, müşterilerden gelen yazılı ya da sözlü taleplere de danışmanlık hizmeti verilmektedir. Uygunsuz test sonuçlarının ya da özelliği olan testlerin altına uzman yorumu şeklinde açıklamalar eklenmektedir.

6.7.2. Laboratuvar, laboratuvar hizmetinden yararlananlarla iletişiminde düzenlemeler oluşturmuştur. Bu düzenlemeler; Laboratuvar gerekli numune tipi, klinik belirtiler, analiz prosedürlerinin sınırları ve analizlerin talep sıklığı dahil olmak üzere, analizlerin seçimi ve hizmetlerin uygulanmasında danışmanlık yapmaktır. Ayrıca bireysel klinik vakalar üzerine de tavsiyelerde bulunmaktadır.

6.7.3. Tıbbi Genetik uzmanı aracılığı ile analiz sonuçlarının yorumlanması üzerine profesyonel yargılardan yola çıkmaktadır.

6.7.4. Laboratuvar yönetimi, laboratuvar hizmetlerinin etkin kullanımını desteklemekte ve yeni sistem araştırmalarını sürdürmektedir.

6.7.5. Laboratuvar yönetimi, kabul kriterlerinin karşılanması amacıyla başarısız numune/ numuneler gibi, bilimsel ve mantıksal konular üzerine de danışmanlık yapmaktadır.

6.7.6. Pazarlama ve Satış Personeli ve Genel Müdür gerektiğinde ilgili Teknik Personel ile beraber hizmet verilen kliniklere, hastanelere giderek, laboratuvar işleyişi hakkında bilgilendirmelerde bulunmaktadır. Ayrıca özellik arz eden vakalarda uygun örnek alımı için veya onunla ilgili ayrıntılı bilgi vermek için ziyaretlerde bulunmaktadır. Yeni sözleşme yapılan kliniklere gönderilen test listesi ve/veya test rehberi yanında sözlü olarak da ilk tanışma ve laboratuvarı tanıtmak amacı ile veya mevcut olan müşterilere varsa yeni çıkan testler, yeni gelişen teknolojiler, laboratuvara kurulan yeni bir test ya da cihaz hakkında bilgilendirme eğitimleri ve toplantıları yapılır. Ayrıca laboratuvar, müşterilerinin istekleri doğrultusunda yapılacak iş ile ilgili olarak bilgilendirme amacı ile laboratuvar ziyaretleri düzenler.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
…… Kalite Yöneticisi	…… Kalite Yöneticisi	…… Genel Müdür

GENAY GHDM Kalite Yönetim Sistem dokümanları ortak ağ üzerindedir. Basılı kopyaları ''Kontrolsüz Kopya'' niteliğindedir. Basılı ortamda ''Kontrollü Kopya'' talebiniz Kalite Yöneticisine iletiniz. Kurum için kullanım amaçlıdır, çoğaltılamaz ve Kurum dışına izinsiz çıkartılamaz.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

Müşteri Şikayet ve Öneri Formu

Müşteri Memnuniyeti Anket Formu

Çalışan Memnuniyet Anket Formu

Düzeltici İyileştirici Faaliyet Prosedürü

Uygunsuzluk Formu

Uygunsuzlukların Yönetimi Prosedürü

Numune El Kitabı

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
…….	…….	…….
Kalite Yöneticisi	Kalite Yöneticisi	Genel Müdür

GENAY GHDM Kalite Yönetim Sistem dokümanları ortak ağ üzerindedir. Basılı kopyaları ‘’Kontrolsüz Kopya’’ niteliğindedir. Basılı ortamda ‘’Kontrollü Kopya’’ talebiniz Kalite Yöneticisine iletiniz. Kurum için kullanım amaçlıdır, çoğaltılamaz ve Kurum dışına izinsiz çıkartılamaz.