

نموذج تعليقات المريض

اسم المريض (يرجى طباعته): _____ تاريخ الميلاد: _____

العنوان: _____

الهاتف: _____ الهاتف الخليوي: _____

مُقدّمه: _____ رقم السجل الطبي (إن كنت تعلمه): _____

هذه المخاوف بخصوص فاتورتني: نعم لا

هذه المخاوف بخصوص الرعاية للمريض: نعم لا

1. هل ناقشت هذه المخاوف مع أحد أفراد فريق الرعاية الصحية؟ نعم لا

2. يرجى كتابة وصف مختصر:

من كان المشارك: _____

متى حدثت هذه المشكلة: _____

أين حدثت هذه المشكلة: _____

ماذا حدث؟ _____

(استخدم ظهر النموذج عند الضرورة أو قم بإرفاق المستندات المعنية)

أخول داعم المرضى في OHSU بمراجعة المخاوف المذكورة أعلاه والدفاع بالنيابة عني. أنا أفهم أن الداعم سيقوم بمراجعة سجلي الطبي و/أو مناقشة حالتي مع مقدّم (مقدمي) الرعاية الصحية الخاص بي في OHSU.

توقيع المريض أو الوصي عليه _____ التاريخ _____

ارسل النموذج إلى: OHSU Patient Relations Dept. UHS-3, 3181 S.W. Sam Jackson Park Rd., Portland, OR 97239

www.ohsu.edu/advocate advocate@ohsu.edu: البريد الإلكتروني: 503-494-3495 فاكس: 503-494-7959

إذا كنا لم نعلم بحل مخاوفك، نقدم لك المصادر التالية لمتاحة لمساعدتك.

• Oregon Health Authority, Health Care Regulation and Quality Improvement :971-673-0540

• Acumentra Health :503-279-0100 State Quality Improvement Org.,

• DNV-GL Healthcare :866-496-9647

