

ОТДЕЛ ПО РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ OHSU

Форма обратной связи для пациентов

Имя пациента (печатными буквами): _____ Дата рождения: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Мобильный телефон: _____

Заполняющее лицо: _____ Номер медицинской карты (если известен): _____

Проблема касается моего счета: Да НетПроблема касается моего ухода: Да Нет1. Обсуждали ли Вы эту проблему с членом Вашей команды по уходу? Да Нет

2. Вкратце изложите суть проблемы:

Лицо, причастное к ситуации: _____

Дата возникновения проблемы: _____

Место возникновения проблемы: _____

Что произошло? _____

(При необходимости используйте обратную сторону заявления и (или) приложите сопутствующие документы)

Я даю разрешение OHSU Patient Advocate (защитнику прав пациента) рассмотреть вышеуказанную проблему и действовать от моего имени. Я понимаю, что защитник проверит мою медицинскую карту и (или) обсудит мою проблему с моим поставщиком (поставщиками) медицинских услуг в OHSU.

Подпись пациента или опекуна

Дата

Обратный адрес: OHSU Patient Relations Dept. (Отдел связей с пациентами OHSU) UHS-3, 3181 S.W. Sam Jackson Park Rd., Portland, OR 97239 503-494-7959 Факс: 503-494-3495 Эл. почта: advocate@ohsu.edu
www.ohsu.edu/advocate

Если мы все еще не рассмотрели Вашу проблему, Вы можете воспользоваться указанными ниже ресурсами:

- Oregon Health Authority (Управление здравоохранения штата Орегон), Health Care Regulation and Quality Improvement (Отдел по регулированию здравоохранения и повышение качества) 971-673-0540
- State Quality Improvement Org., Acumentra Health: 503-279-0100
- DNV-GL Healthcare: 866-496-9647

