

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](mailto:advocate@ohsu.edu)  
[www.ohsu.edu/advocate](http://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., Acentra Health: 503-279-0100
- DNV-GL Healthcare: 866-496-9647

**Конфиденциально: В соответствии с ORS 41.675**