

نموذج تقييم المريض

اسم المريض (يرجى الكتابة بأحرف واضحة): _____ تاريخ الميلاد: _____
 العنوان: _____
 الهاتف: _____ الهاتف الخليوي: _____
 مُقَدِّمه: _____ رقم السجل الطبي (إن كنت تعلمه): _____

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

2. يرجى كتابة وصف مختصر:

من كان طرفاً في المشكلة؟

متى حدثت المشكلة؟

أين حدثت المشكلة؟

ماذا حدث؟

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

إنني أصرح لقسم علاقات المرضى في OHSU بمراجعة شكواي وإجراء مراجعة نيابة عني. أنا أفهم أنهم سيراجعون سجلي الطبي و/أو يناقشون حالتي مع مُقدم (مُقدِّمي) الرعاية الصحية في OHSU.

التاريخ

توقيع المريض أو الوصي عليه

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

فاكس: 503-494-3495

هاتف: 503-494-7959

البريد الإلكتروني: patientrelations@ohsu.edu www.ohsu.edu/health/patient-relations

إذا مازلنا لم نحل شكواك، نقدم لك المصادر التالية والمتاحة لمساعدتك:

- Oregon Health Authority, Health Care Regulation and Quality Improvement: 971-673-0540
- State Quality Improvement Org., Acumentra Health: 503-279-0100
- DNV-GL Healthcare: 866-496-9647
- The Joint Commission (اللجنة المشتركة): www.jointcommission.org/report_a_complaint.aspx

