

Форма обратной связи для пациентов

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

Адрес: _____

Телефон: _____ Мобильный телефон: _____

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

1. 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 разрешаю отделу связей с пациентами OHSU рассмотреть мою жалобу и провести проверку от моего имени.

Я понимаю, что его сотрудники проверят мою медицинскую карту и (или) обсудят мою проблему с моим поставщиком (поставщиками) медицинских услуг в OHSU.

Подпись пациента или опекуна

Дата

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

Телефон: 503-494-7959

Факс: 503-494-3495

Эл. почта: patientrelations@ohsu.edu www.ohsu.edu/health/patient-relations

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

- 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
- Объединенная комиссия (Joint Commission): www.jointcommission.org/report_a_complaint.aspx

