

# Mẫu phản hồi của bệnh nhân

Tên bệnh nhân (vui lòng viết hoa): \_\_\_\_\_ Ngày sinh: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Điện thoại: \_\_\_\_\_ Di động: \_\_\_\_\_

Được nộp bởi: \_\_\_\_\_ Số hồ sơ y tế (nếu biết): \_\_\_\_\_

1. Quý vị đã thảo luận về mối lo ngại này với thành viên của nhóm chăm sóc sức khỏe của mình chưa?  Có  Không

2. Vui lòng trình bày ngắn gọn:

Bên liên quan? \_\_\_\_\_

Vấn đề xảy ra khi nào? \_\_\_\_\_

Vấn đề xảy ra ở đâu? \_\_\_\_\_

Điều gì đã xảy ra? \_\_\_\_\_

(Dùng mặt sau nếu cần thiết và/hoặc đính kèm các tài liệu liên quan)

Tôi ủy quyền cho Bộ phận Quan hệ Bệnh nhân của OHSU xem xét mối quan ngại của tôi và thay mặt tôi thực hiện việc đánh giá. Tôi hiểu họ sẽ xem xét hồ sơ y tế của tôi và/hoặc thảo luận về trường hợp của tôi với (các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe OHSU của tôi.

\_\_\_\_\_  
Chữ ký của bệnh nhân hoặc người giám hộ

\_\_\_\_\_  
Ngày

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

Điện thoại: 503-494-7959

Fax: 503-494-3495

E-mail: [patientrelations@ohsu.edu](mailto:patientrelations@ohsu.edu) [www.ohsu.edu/health/patient-relations](http://www.ohsu.edu/health/patient-relations)

**Nếu chúng tôi vẫn chưa giải quyết được quan ngại của quý vị, các nguồn sau cũng có sẵn để hỗ trợ quý vị:**

- 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: [www.jointcommission.org/report\\_a\\_complaint.aspx](http://www.jointcommission.org/report_a_complaint.aspx)