

# نموذج تعليقات المريض

اسم المريض (يرجى طباعته): \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

الهاتف: \_\_\_\_\_ الهاتف الخليوي: \_\_\_\_\_

مُقدّمه: \_\_\_\_\_ رقم السجل الطبي (إن كنت تعلمه): \_\_\_\_\_

هذه المخاوف بخصوص فاتورتني:  نعم  لا

هذه المخاوف بخصوص الرعاية للمريض:  نعم  لا

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

2. يرجى كتابة وصف مختصر:

من كان المشارك: \_\_\_\_\_

متى حدثت هذه المشكلة: \_\_\_\_\_

أين حدثت هذه المشكلة: \_\_\_\_\_

ماذا حدث؟ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

أخول داعم المرضى في OHSU بمراجعة المخاوف المذكورة أعلاه والدفاع بالنيابة عني. أنا أفهم أن الداعم سيقوم بمراجعة سجلي الطبي و/أو مناقشة حالتي مع مقدّم (مقدمي) الرعاية الصحية الخاص بي في OHSU.

توقيع المريض أو الوصي عليه \_\_\_\_\_ التاريخ \_\_\_\_\_

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

www.ohsu.edu/advocate      advocate@ohsu.edu      البريد الإلكتروني: 503-494-3495      فاكس: 503-494-7959

إذا كنا لم نعلم بحل مخاوفك، نقدم لك المصادر التالية لمتاحة لمساعدتك.

• Oregon Health Authority, Health Care Regulation and Quality Improvement :971-673-0540

• State Quality Improvement Org., Acentra Health :503-279-0100

• DNV-GL Healthcare :866-496-9647

