

VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH  
BOARD OF MEDICAL PRACTICE  
108 Cherry Street, PO Box 70  
Burlington, VT 05402-0070  
(802) 657-4220

**ФОРМА СКАРГИ**

**Друкованими літерами**

Інформація про Вас:

Прізвище \_\_\_\_\_ Ім'я \_\_\_\_\_

Адреса (вулиця) \_\_\_\_\_

Місто, штат, поштовий індекс \_\_\_\_\_

Робочий телефон \_\_\_\_\_ Мобільний/домашній телефон \_\_\_\_\_

Електронна пошта \_\_\_\_\_

Це скарга на:

Лікаря (MD) \_\_\_\_\_

Асистента лікаря (PA) \_\_\_\_\_

Подолога (DPM) \_\_\_\_\_

ПІБ лікаря, асистента лікаря або подолога:

\_\_\_\_\_

Назва медичного закладу (якщо відома) \_\_\_\_\_

Адреса \_\_\_\_\_

Місто, штат, поштовий індекс \_\_\_\_\_

Службовий телефон лікаря, асистента лікаря або подолога \_\_\_\_\_

**СУТЬ СКАРГИ:** будь ласка, опишіть детально суть Вашої скарги на цього фахівця. Використовуйте місце на зворотному боці та додаткові аркуші, якщо це необхідно.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Будь ласка, переверніть форму й заповніть іншу сторону**

Продовжте свою скаргу тут \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Будь ласка, додайте копії будь-яких матеріалів, які, на Вашу думку, допоможуть нам розглянути скаргу, наприклад копію медичної, аптечної чи страхової документації.

Ми повинні мати можливість переглянути медичну документацію, яка стосується цієї скарги. Пацієнт або законний представник пацієнта повинен підписати дозвіл на розкриття інформації (додається). Ми надішлемо Вам лист-підтвердження, коли отримаємо підписаний Вами дозвіл на розкриття медичної документації та форму скарги.

Можливо, ми надішлемо копію Вашої форми скарги разом із доданими до неї документами та дозволом на розкриття медичної інформації фахівцеві, на якого подано цю скаргу. Якщо це розслідування призведе до офіційних дисциплінарних стягнень проти фахівця, ім'я та інша інформація про особу, яка подає скаргу, може стати загальнодоступною. Будь ласка, зателефонуйте нам, якщо у Вас виникнуть запитання чи сумніви.

Ваш підпис \_\_\_\_\_

Сьогоднішня дата \_\_\_\_\_

Надішліть цю форму на адресу:

**VERMONT DEPARTMENT OF HEALTH  
BOARD OF MEDICAL PRACTICE  
108 Cherry Street, PO Box 70  
Burlington, VT 05402-0070**