

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

استمارة شكوى

يرجى الكتابة بخط واضح

معلوماتك:

اسم العائلة

الاسم الأول

العنوان

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

هاتف العمل/هاتف يومي

الهاتف الجوال/الهاتف المنزلي

البريد الإلكتروني

هذه شكوى ضد:

الطبيب المعالج (MD)

الطبيب المعالج المساعد (PA)

أخصائي الأقدام (DPM)

الاسم الكامل للطبيب أو الطبيب المساعد أو أخصائي الأقدام

اسم منشأة الرعاية الصحية (إذا كانت معروفة)

العنوان

المدينة، الولاية، الرمز البريدي

هاتف العمل للطبيب أو الطبيب المساعد أو أخصائي الأقدام

طبيعة الشكوى: يرجى وصف طبيعة شكاوك ضد هذا الأخصائي بالتفصيل. استخدم المساحة الموجودة على الجانب الخلفي والأوراق الإضافية، إذا لزم الأمر.

يُرجى قلب الورقة واستكمال الجانب الآخر

تابع شكواك هنا

يُرجى إرفاق نسخ من أي مواد تعتقد أنها ستساعدنا في مراجعة شكواك، مثل السجلات الطبية أو الصيدلانية أو التأمينية. نحن بحاجة إلى مراجعة السجلات الطبية المتعلقة بهذه الشكوى. يجب على المريض أو ممثله القانوني التوقيع على استمارة الإفصاح عن المعلومات (مرفقة). سنرسل إليك خطاب تأكيد عندما نتلقى التفويض الموقع للإفصاح عن السجلات الطبية واستمارة الشكوى. يُحتمل أن نرسل نسخة من استمارة الشكوى الخاص بك والمعلومات المرفقة بها ونموذج التفويض إلى الأخصائي الذي تم كتابة هذه الشكوى بحقه. إذا أدى هذا التحقيق إلى اتخاذ إجراء تأديبي رسمي ضد الأخصائي، فربما يصبح الاسم والمعلومات الأخرى المتعلقة بالشخص الذي قدم الشكوى علنية. يُرجى الاتصال بنا إذا كان لديك أي أسئلة أو مخاوف.

تاريخ اليوم

توقيعك

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

إرسال هذه الاستمارة بالبريد إلى: