دیپارتمنت صحت ورمونت بورد طبابت
108 Cherry Street, PO Box 70
Burlington, VT 05402-0070
(802) 657-4220

فورمه شکایت

لطفاً بشکل واضح بنویسید

معلومات شما:
تخلص_____ نام_____

آدرس سرک_____

شهر، ایالت، زیپ کود_____

تیلفون کاری/روزانه_____ تیلفون همراه/تیلفون خانه_____

ایمیل_____

این یک شکایت است علیه یک:
داکتر (MD) _____
معاون داکتر (PA) _____
متخصص پا (DPM) _____

نام کامل داکتر، معاون داکتر یا متخصص پا:

_____

نام مرکز مراقبت های صحی (اگر معلوم باشد) _____

آدرس _____

شهر، ایالت، زیپ کود _____

تیلفون کاری داکتر، معاون داکتر یا متخصص پا _____

ماهیت شکایت: لطفاً با جزئیات ماهیت شکایت خویش علیه این شخص مسلکی را تشریح کنید. اگر نیاز باشد، از پشت صفحه فورمه یا از ورق اضافی استفاده کنید.

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

لطفاً دور بدهید و صفحه پشت فورمه را تکمیل کنید

شکایت خویش را اینجا ادامه بدهید

لطفاً کاپی های هر نوع مواد که فکر می‌کنید به ما در بررسی شکایت شما کمک می‌کند، مانند سوابق طبی، درملتون یا بیمه، را ضمیمه کنید.

ما نیاز داریم تا سوابق طبی مربوط به این شکایت را مرور کنیم. مریض یا نماینده قانونی مریض باید فورمه نشر معلومات را امضاء نماید (ضمیمه است). هنگامی که اجازه امضای شما برای نشر سوابق طبی و فورمه شکایت را دریافت کردیم، یک مکتوب تائیدی برای شما ارسال خواهیم کرد.

ما احتمالاً یک کاپی از فورمه شکایت شما، معلومات ضمیمه شده در آن وفورمه اجازه را برای متخصصی که موضوع این شکایت است، ارسال خواهیم کرد. اگر این بررسی منجر به اقدام رسمی انضباطی علیه شخص مسلکی شود، نام و سایر معلومات مربوط به شخصی که شکایت را ارایه می نماید ممکن است همگانی شود. اگر کدام سوال یا نگرانی دارید لطفاً با ما تماس بگیرید.

امضای شما

تاریخ امروز

این فورمه را پُست کنید به:

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