

IDARA YA AFYA YA VERMONT  
BODI YA HUDUMA YA MATIBABU  
108 Cherry Street, PO Box 70  
Burlington, VT 05402-0070  
(802) 657-4220

**FOMU YA MALALAMIKO**

**Tafadhali Andika**

Taarifa zako:

Jina la mwisho \_\_\_\_\_ Jina la kwanza \_\_\_\_\_

Anwani ya mtaa \_\_\_\_\_

Mji, Jimbo, Msimbo wa eneo \_\_\_\_\_

Simu ya Kazini/ya Mchana \_\_\_\_\_ Simu ya Nyumbani/ya Mkononi \_\_\_\_\_

Barua pepe \_\_\_\_\_

Haya ni malalamiko dhidi ya:

Daktari (MD) \_\_\_\_\_

Daktari Msaidizi (PA) \_\_\_\_\_

Mtaalamu wa Miguu (DPM) \_\_\_\_\_

Jina kamili la Daktari, Daktari Msaidizi au Mtaalamu wa Miguu:

\_\_\_\_\_  
Jina la kituo cha huduma ya afya (ikiwa kinajulikana) \_\_\_\_\_

Anwani \_\_\_\_\_

Mji, Jimbo, Msimbo wa eneo \_\_\_\_\_

Simu ya Kazi ya Daktari, Daktari Msaidizi au Mtaalamu wa Miguu \_\_\_\_\_

**ASILI YA MALALAMIKO:** Tafadhali elezea, kwa kina, asili ya malalamiko yako dhidi ya mtaalamu huyu.

Tumia nafasi kwenye upande wa nyuma na hati za ziada, ikiwa unahitaji.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tafadhali geuza na ujaze upande wa pili**

Endelea kuelezea malalamiko yako hapa \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Tafadhali ambatisha nyenzo zozote unazodhani zitatusaidia kukagua malalamiko yako, kama vile rekodi za kimatibabu, za famasia au za bima.

Tunahitaji kuweza kukagua rekodi za kimatibabu zinazohusiana na malamiko haya. Mgonjwa au mwakilishi aliyeidhinishwa kisheria wa mgonjwa lazima atie saini fomu ya kutolewa kwa taarifa (iliyoambatishwa). Tutakutumia barua ya uthibitishaji wakati tutapokea Fomu yako uliotia saini ya Malalamiko na Idhini ya Kutoa Rekodi za Kimatibabu.

Kuna uwezekano tutatuma Fomu yako ya Malalamiko, taarifa zilizoambatishwa nayo, na fomu ya Idhini kwa mtaalamu anayehusika katika malalamiko haya. Ikiwa uchunguzi huu utasababisha hatua rasmi ya kinidhamu dhidi ya mtaalamu husika, jina na taarifa zingine za mtu anayewasilisha malalamiko zinaweza kufichuliwa. Tafadhali tupigie simu ikiwa una maswali au wasiwasi wowote.

---

Saini Yako

Tuma fomu hii kwa barua kwa:

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

---

Tarehe ya Leo