

VĂN PHÒNG LIÊN LẠC BỆNH NHÂN CỦA OHSU

Mẫu phản hồi của bệnh nhân

Tên bệnh nhân (vui lòng viết hoa): _____ Ngày sinh: _____

Địa chỉ: _____

Điện thoại: _____ Điện thoại di động: _____

Được nộp bởi: _____ Số hồ sơ y tế (Nếu biết): _____

Quan ngại này liên quan đến hoá đơn của tôi: ☐ Có ☐ KhôngQuan ngại này liên quan đến việc chăm sóc bệnh nhân của tôi: ☐ Có ☐ Không

1. Quý vị đã thảo luận về quan ngại này với thành viên của nhóm chăm sóc sức khỏe của quý vị chưa?

☐ Có ☐ Không

2. Vui lòng trình bày ngắn gọn:

Ai đã tham gia: _____

Vấn đề xảy ra khi nào: _____

Vấn đề xảy ra ở đâu: _____

Điều gì đã xảy ra? _____

(Dùng mặt sau nếu cần thiết và/hoặc đính kèm các tài liệu liên quan)

Tôi ủy quyền cho Người biện hộ bệnh nhân của OHSU (OHSU Patient Advocate) thay mặt tôi xem xét mỗi quan ngại trên và biện hộ. Tôi hiểu người biện hộ sẽ xem xét hồ sơ y tế của tôi và/hoặc thảo luận về trường hợp của tôi với (các) nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe OHSU của tôi.

Chữ ký của bệnh nhân hoặc người giám hộ

Ngày

Gửi lại cho: OHSU Patient Relations Dept. UHS-3, 3181 S.W. Sam Jackson Park Rd., Portland, OR 97239

503-494-7959 Fax: 503-494-3495 E-mail: advocate@ohsu.edu www.ohsu.edu/advocate**Nếu chúng tôi vẫn chưa giải quyết được quan ngại của quý vị, các nguồn sau cũng có sẵn để hỗ trợ quý vị:**

- Oregon Health Authority, Health Care Regulation and Quality Improvement: 971-673-0540
- State Quality Improvement Org., Acumentra Health: 503-279-0100
- DNV-GL Healthcare: 866-496-9647