

PATIENT CONCERN STATEMENT

三藩市社區健康網絡

三藩市總醫院

1001 POTRERO AVENUE

SAN FRANCISCO, CA 94101

PATIENT ADVOCATE OFFICE - ROOM 1Q1 - OUTPATIENT LOBBY

(415) 206-5176 * 傳真 (415) 206-4272

病人憂慮事項聲明

今天的日期：

時間：

請填寫以下表格及郵寄上述地址

第一部 病人資料

病人姓名：_____ 出生日期：_____ 醫療紀錄號碼#_____

地址：_____ 街道 _____ 城市 _____ 州 _____ 郵區編碼 _____

電話號碼：() _____ 醫療保險：沒有 加州醫療保險 其他 _____

通常接觸的醫護人員姓名及地點：_____

第二部 憂慮事項聲明

事件發生日期：_____ 事件發生時間：_____

涉及地點 / 部門：_____

有關事項的概述 (發生了甚麼事?) 假如知道的話, 請包括所有涉及事件的職員的姓名和職位。

Multiple horizontal lines for writing the description of the concern.

請填寫第一、二及三部份。

若篇幅不夠的話, 請附上新一頁

Patient Concern Form (Chinese) (Grievance Form)

第三部. 解決憂慮事項方法：

多謝閣下向我們提供你的憂慮。在有需要搜集更多資料時，請告訴我們聯絡你的最好辦法：

寄信給我 打電話與我聯絡 我會與你們聯絡

病人簽署：_____

配偶 家庭成員 填寫表格訪客的姓名 / 地址 / 電話號碼：

姓名 地址 城市 郵區編碼 電話號碼

填寫表格的職員的姓名，職銜，電話號碼：_____

FOR INTERNAL USE ONLY

PART IV. CONCERN DISPOSITION

REVIEWED BY: _____ TODAY'S DATE: _____ CONCERN CODE(S): _____

DEPARTMENT(S) INVOLVED: _____ SUMMARY: _____

FOR INVESTIGATION AND FOLLOW-UP PLEASE SEND TO: _____

ADDITIONAL FOLLOW-UP: _____

PART V. RESOLUTION

DATE RESOLVED: _____ LETTER OF RESOLUTION REVIEWED BY: _____

DATE LETTER OF RESOLUTION MAILED TO PATIENT/FAMILY: _____ DATE OF RESOLUTION MEETING/

OR CALL: _____ SUMMARY OF RESOLUTION: _____

INVESTIGATION RESULTS: _____