

شكراً على ما ستصرفه من وقتك الثمين لتعطينا رأيك.
بياناتك (اختيارية) - من فضلك اكتب بخط واضح

تاريخ اليوم _____ المستشفى _____

الجنح/المنطقة/ الخدمة التي ستعلق عليها _____

اسمك _____

عنوانك _____

الدليل البريدي _____

هاتف المنزل أو العمل _____ الهاتف النقال _____

البريد الإلكتروني _____

لا

نعم

هل أنت المريض؟

إن لم تكن أنت المريض:-

اسم المريض _____

رقم ملف المريض (إن كان معروفاً لك) _____

قرابتك للمريض _____

يمكنك أن تختار أن لا تذكر اسمك، ولكن في هذه الحالة لن نتمكن من الرد عليك.
إن كنت تحتاج إلى مساعدة في تعبئة هذا النموذج، فمن فضلك اطلب مساعدة أحد العاملين.

تعليقاتك

(يمكنك الكتابة بإيجاز أو باستفاضة)

هل تريد رداً على هذه التعليقات؟ نعم لا
ماذا تريد أن تراه يحدث كنتيجة لهذه التعليقات؟ (من فضلك ضع علامة على كل ما تراه مناسباً)

توفر الخدمة

الاعتذار

إخطار رئيس القسم بالموقف

تغيير الإجراء أو السياسة المتبعة

تفسير للأمر

لا أعرف، أنا أسجل هنا ما يقلقني وحسب

أمر آخر (حدد من فضلك)

نحن نضمن لك الآتي:

- كل تعليقات الشكر والثناء، سيتم توجيهها إلى الأقسام المقصودة.
- كل الاقتراحات، سيتم أخذها بعين الاعتبار، ومناقشتها في الاجتماعات المناسبة.
- كل الشكاوى، سيتم التحقيق فيها، وسيتم إخبارك بالإجراءات أو القرارات التي تم اتخاذها (إن طلبت ذلك).