

SỞ Y TẾ VERMONT HỘI ĐỒNG
THỰC HÀNH Y KHOA
108 Cherry Street, PO Box 70
Burlington, VT 05402-0070
(802) 657-4220

ĐƠN KHIẾU NẠI

Vui Lòng Viết In Hoa

Thông tin của quý vị:

Họ _____ Tên _____

Địa chỉ đường phố _____

Thành phố, Tiểu bang, Mã bưu chính _____

Số điện thoại trong giờ làm việc/giờ hành chính _____ Số điện thoại di động/nhà _____

Email _____

Đây là đơn khiếu nại đối với:

Bác Sĩ (MD) _____

Trợ Lý Bác Sĩ (PA) _____

Bác Sĩ Điều Trị Chân (DPM) _____

Họ tên đầy đủ của Bác Sĩ, Trợ Lý Bác Sĩ hoặc Bác Sĩ Điều Trị Chân:

Tên của cơ sở chăm sóc sức khỏe (nếu biết) _____

Địa chỉ _____

Thành phố, Tiểu bang, Mã bưu chính _____

Số điện thoại trong giờ làm việc của Bác Sĩ, Trợ Lý Bác Sĩ hoặc Bác Sĩ Điều Trị Chân _____

LÝ DO KHIẾU NẠI: Vui lòng mô tả chi tiết lý do quý vị nộp đơn khiếu nại đối với vị chuyên gia này. Viết vào phần trống ở mặt sau và sử dụng thêm tờ khác, nếu cần.

Vui lòng lật mặt sau và hoàn thành

Tiếp tục đơn khiếu nại của quý vị tại đây _____

Vui lòng đính kèm bản sao của bất kỳ tài liệu nào mà quý vị nghĩ là sẽ hỗ trợ chúng tôi trong quá trình xem xét đơn khiếu nại này, chẳng hạn như hồ sơ y tế, thuốc hoặc bảo hiểm.

Chúng tôi cần xem hồ sơ y tế liên quan đến đơn khiếu nại này. Bệnh nhân hoặc người đại diện được ủy quyền hợp pháp của họ phải ký tên vào biểu mẫu tiết lộ (đính kèm). Chúng tôi sẽ gửi thư xác nhận sau khi nhận được Ủy Quyền Tiết Lộ Hồ Sơ Y Tế và Đơn Khiếu Nại của quý vị.

Chúng tôi cũng sẽ gửi bản sao Đơn Khiếu Nại, thông tin đính kèm và biểu mẫu Ủy Quyền của quý vị cho vị chuyên gia bị khiếu nại. Nếu cuộc điều tra này dẫn đến biện pháp kỷ luật chính thức đối với vị chuyên gia, tên và các thông tin khác về người khiếu nại có thể bị công khai. Vui lòng gọi cho chúng tôi nếu quý vị có bất kỳ câu hỏi hoặc thắc mắc nào.

Chữ Ký của Quý Vị

Ngày Ký

Gửi đơn này qua đường bưu điện tới địa chỉ: **SỞ Y TẾ VERMONT**
HỘI ĐỒNG THỰC HÀNH Y KHOA
108 Cherry Street, PO Box 70
Burlington, VT 05402-0070