

# Έντυπο Υποβολής Παραπόνου

## Πριν υποβάλετε το παράπονό σας

Πριν υποβάλετε το παράπονό σας στην Επιτροπή θα ήταν χρήσιμο να επικοινωνήσετε με την Διερευνητική Υπηρεσία (Inquiry Service) στο **(02) 9219 7444** ή στον αριθμό δίχως χρέωση **1800 043 159** στη Ν.Ν.Ο. για να συζητήσετε το παράπονό σας ή να ζητήσετε βοήθεια.

## Υπηρεσία Μετάφρασης και Διερμηνείας

Εάν χρειάζεστε διερμηνέα παρακαλούμε όπως επικοινωνήσετε με την Εθνική Υπηρεσία Μετάφρασης και Διερμηνείας (TIS National) στο **131 450** και ζητήστε να σας συνδέσουν με την Επιτροπή στο **1800 043 159** (Δευτέρα με Παρασκευή 9.00πμ έως 5.00μμ)

Επιθυμώ να υποβάλω παράπονο στην Επιτροπή Παραπόνων Υγειονομικής Περίθαλψης (Health Care Complaints Commission) - τα στοιχεία μου είναι:

Κος/Κα/Δις (άλλος τίτλος) \_\_\_\_\_ Όνομα \_\_\_\_\_ Επώνυμο \_\_\_\_\_

Διεύθυνση \_\_\_\_\_

Ταχ. Κώδικας \_\_\_\_\_ Πολιτεία \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο: (Εργάσιμες ώρες) \_\_\_\_\_ (μετά τις εργάσιμες ώρες) \_\_\_\_\_

Κινητό \_\_\_\_\_ Φαξ \_\_\_\_\_

Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο (email) \_\_\_\_\_

Ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Η προτιμητέα μου γλώσσα επικοινωνίας (εάν δεν είναι τα Αγγλικά) είναι \_\_\_\_\_

Ο καλύτερος τρόπος να επικοινωνήσετε μαζί μου είναι \_\_\_\_\_

Έχω συνομιλήσει με Υπάλληλο Διερεύνησης Παραπόνων πριν υποβάλω το παράπονό μου  
**Ναι Όχι**

Υποβάλλω αυτό το παράπονο για λογαριασμό **μου** : (πηγαίνετε στην σελίδα 2 της αίτησης)

**Για άλλο Άτομο** (παρακαλούμε δώστε τα στοιχεία παρακάτω)

Τα στοιχεία του ατόμου που ήταν αποδέκτης των υπηρεσιών είναι:

Κος/Κα/Δις (άλλος τίτλος) \_\_\_\_\_ Όνομα \_\_\_\_\_ Επώνυμο \_\_\_\_\_

Διεύθυνση \_\_\_\_\_

Ταχ. Κώδικας \_\_\_\_\_ Πολιτεία \_\_\_\_\_

Τηλέφωνο: (Εργάσιμες ώρες) \_\_\_\_\_ (μετά τις εργάσιμες ώρες) \_\_\_\_\_

Κινητό \_\_\_\_\_ Φαξ \_\_\_\_\_

Ηλεκτρονικό Ταχυδρομείο (email) \_\_\_\_\_

Ημερομηνία γέννησης \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Έχει αποβιώσει το άτομο αυτό; **Ναι** (εάν ναι, πηγαίνετε στην επόμενη σελίδα) **Όχι**

Γνωρίζει το άτομο ότι προβαίνετε σε αυτή την καταγγελία; **Ναι Όχι**

Η σχέση σας με το άτομο αυτό είναι (για παράδειγμα, αδελφή, γονιός, φροντιστής) \_\_\_\_\_

Η προτιμητέα γλώσσα επικοινωνίας του ατόμου (αν δεν είναι τα Αγγλικά) είναι \_\_\_\_\_



Τα βασικά θέματα που με απασχολούν, είναι:

---

---

---

---

---

Σαν αποτέλεσμα αυτού του παραπόνου θα ήθελα να:

---

---

---

---

---

Έχω προσεγγίσει τον χορηγό υγειονομικών υπηρεσιών σχετικά με αυτό το παράπονο;

Ναι

Όχι

Εάν ναι, ποιο ήταν το αποτέλεσμα;

---

---

---

---

---

Έχω παραπονεθεί σε άλλον οργανισμό για το ίδιο θέμα;

Ναι

Όχι

Εάν ναι, παρακαλούμε δώστε λεπτομέρειες.

---

---

---

---

---

Η Επιτροπή θα αποστείλει αντίγραφο αυτού του παραπόνου στους χορηγούς υγειονομικών υπηρεσιών που έχετε αναφέρει στο παράπονό σας και θα τους ζητήσει να απαντήσουν στην Επιτροπή.

Συμφωνώ ότι ένα αντίγραφο αυτού του παραπόνου μπορεί να χορηγηθεί για αυτό τον σκοπό.

Ναι

Όχι

Εάν όχι, παρακαλούμε ενημερώστε την Επιτροπή για να γνωρίζει τους λόγους.

---

---

---

---

---

Θα βοηθήσει την Επιτροπή η συγκατάθεση του ατόμου που δέχτηκε τις υπηρεσίες ώστε να μπορεί η Επιτροπή να ζητήσει αντίγραφο του ιατρικού ιστορικού του εάν απαιτηθεί. Εάν υποβάλλετε το παράπονο για λογαριασμό άλλου ατόμου παρακαλούμε ζητήστε να χορηγήσει την συγκατάθεσή του εάν είναι δυνατό.

Εγώ, ο/η, \_\_\_\_\_, δίνω στην Επιτροπή την συγκατάθεσή μου να έχει πρόσβαση στους προσωπικούς μου ιατρικούς φακέλους για το σκοπό της αξιολόγησης αυτού του παραπόνου.

Υπογραφή \_\_\_\_\_ Ημερομηνία \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Πριν στείλετε αυτό το έντυπο παραπόνου ελέγξτε ότι:**

- ☐ Έχετε συμπληρώσει το έντυπο παραπόνου.
- ☐ Έχετε δώσει τα στοιχεία του χορηγού υγειονομικών υπηρεσιών για τον οποίο έχετε υποβάλει το παράπονο.
- ☐ Έχετε προσδιορίσει ξεκάθαρα τις ανησυχίες σας.
- ☐ Έχετε επισυνάψει αντίγραφα οποιωνδήποτε εγγράφων ή πληροφοριών. Παρακαλούμε μην αποστέιλετε τα πρωτότυπα των εγγράφων.

**Παρακαλούμε αποστέιλετε τις πληροφορίες στον**

The Commissioner  
Health Care Complaints Commission  
Locked Mail Bag 18  
STRAWBERRY HILLS NSW 2012

**Μπορείτε να επικοινωνήσετε μαζί μας ως ακολούθως**

Τηλέφωνο: (02) 9219 7444 Τηλεφώνημα δίχως χρέωση στην N.N.O.: 1800 043 159

Φαξ: (02) 9281 4585

Τηλέφωνο για άτομα με ειδικές συσκευές (λόγω πάθησης ακοής): (02) 9219 7555

Ηλεκτρονικό ταχυδρομείο: [hccc@hccc.nsw.gov.au](mailto:hccc@hccc.nsw.gov.au)

Ιστότοπος: [www.hccc.nsw.gov.au](http://www.hccc.nsw.gov.au)

Αποτελεί παράβαση του νόμου για το άτομο να δίνει αναληθείς ή παραπλανητικές πληροφορίες στην Επιτροπή.

**Διαβεβαίωση Προστασίας Προσωπικών Δεδομένων**

Η Επιτροπή δεν θα αποκαλύψει οποιαδήποτε πληροφορία που δόθηκε από εσάς εκτός κατά τη διάρκεια της διαδικασίας εκτέλεσης των καθηκόντων της όπως προβλέπονται από το Νόμο περί Παραπόνων στη Φροντίδα Υγείας.

**Παρακαλούμε ενημερώστε μας, πώς μάθατε για την Επιτροπή;**

- ☐ Διαδίκτυο
- ☐ Τηλεφωνικός κατάλογος
- ☐ Φυλλάδιο/αφίσα
- ☐ Παρευρέθηκα σε παρουσίαση
- ☐ Μέλος της οικογένειας / φίλος/η
- ☐ Χορηγός Υγειονομικών Υπηρεσιών
- ☐ Έχω υποβάλει παράπονο στην Επιτροπή στο παρελθόν.
- ☐ Άλλος τρόπος (παρακαλούμε προσδιορίστε τον) \_\_\_\_\_