

Şikayette bulunmadan önce

Kuruma şikayette bulunmadan önce Soruşturma Servisi'ni (Inquiry Service) **(02) 9219 7444** numaralı telefondan veya NSW Eyaletinde **1800 043 159** numaralı telefondan ücretsiz olarak aramanızın, şikayetiniz hakkında konuşmak veya yardım almak açısından faydası olabilir.

Yazılı ve Sözlü Tercümanlık Servisi

Eğer sözlü tercümana ihtiyacınız olursa, lütfen **131 450** numaralı telefondan Yazılı ve Sözlü Tercümanlık Servisi'ni (TIS National) arayıp, **1800 043 159** numaralı telefondan Kurum'a bağlanmayı istediğinizi söyleyiniz (Pazartesi'den Cuma'ya saat 09.00 - 17:00 arası).

Sağlık Bakımı Şikayetleri Kurumu'na (Health Care Complaints Commission) şikayette bulunmak istiyorum – şahsi bilgiler:

Bay/Bayan/Diğer Ünvan _____ Ad _____ Soyad _____

Adres _____

Posta kodu _____ Eyalet _____

Telefon Numarası: (iş saatlerinde) _____ (iş saatleri dışında) _____

Cep telefonu _____ Faks _____

E-posta adresi _____

Doğum Tarihi ____/____/____

Tercih ettiğim lisan (İngilizce harici) _____

Bana ulaşmanın en kolay yolu _____

Bu şikayette bulunmadan önce bir Soruşturma Memuru ile görüştüm. **Evet** **Hayır**

Bu şikayeti kimin için yapıyorum: **Kendim** (formun 2. sayfasına gidin)

Başka biri (lütfen aşağıdaki bilgileri tamamlayın)

Hizmet verilen kişiye ait bilgiler:

Bay/Bayan/Diğer Ünvan _____ Ad _____ Soyad _____

Adres _____

Posta kodu _____ Eyalet _____

Telefon Numarası: (iş saatlerinde) _____ (iş saatleri dışında) _____

Cep telefonu _____ Faks _____

E-posta adresi _____

Doğum Tarihi ____/____/____

Hizmet verilen kişi öldü mü? **Evet** (cevabınız evet ise bir sonraki sayfaya geçin) **Hayır**

Hizmet verilen kişi sizin şikayette bulunduğunuzu biliyor mu? **Evet** **Hayır**

Bu şahısla ilişkim (mesela kız kardeş, ebeveyn, bakıcı gibi) _____

Bu şahsın tercih ettiği lisan (İngilizce harici) _____

Aşağıdakiler hakkında şikayette bulunmak istiyorum:

Hizmeti Veren - Bir

Sağlık Hizmetini Veren Adı: _____

Adresi _____

Posta kodu _____ Eyaleti _____

Telefon numarası _____

Sağlık hizmeti verenin tanımı (doktor, hemşire, diş hekimi, hastahane gibi) _____

İhtisas alanı (eğer varsa): _____

Hizmeti Veren - İki

Sağlık Hizmetini Veren Adı: _____

Adresi _____

Posta kodu _____ Eyalet _____

Telefon numarası _____

Sağlık hizmetini verenin tanımı (doktor, hemşire, diş hekimi, hastahane gibi) _____

İhtisas alanı (eğer varsa): _____

Eğer hakkında şikayette bulunmayı istediğiniz başka sağlık hizmeti veren varsa, onlarla ilgili bilgileri ayrı bir kağıda yazıp bu formun arkasına iliştin.

Şikayetimin şudur:

Aşağıdaki satırlara şikayetinizin kısa bir özetini yazınız. Ne olduğunu, ne zaman olduğunu, olayla ilgili kişilerin adlarını yazmanızın faydası olur ve elinizdeki bütün ilgili belgeleri bu formun arkasına iliştin.

Kaygılandığım temel noktalar şunlardır:

Şikayetimin sonucundan şunu bekliyorum:

Sağlık hizmeti verenle bu şikayet hakkında irtibata geçtim?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise bunun sonucunda ne oldu?

Aynı olay hakkında bir diğer kuruma şikayette bulundum?

Evet

Hayır

Cevabınız evet ise lütfen detaylı bilgi veriniz

Kurum, şikayetinizde belirttiğiniz sağlık hizmeti verene bu şikayetin bir kopyasını gönderecek ve Kurum'a bir cevap vermelerini isteyecektir.

Şikayetimin bir kopyasının bu amaçla elde edilmesine razı oluyorum

Evet

Hayır

Cevabınız hayır ise lütfen Kurum'a bunun nedenini açıklayın.

Kurum'un kendisine sağlık hizmeti verilen kişinin iznine sahip olması, gerektiğinde onların sağlık kayıtlarının bir kopyasını isteyebilmesi için Kurum'a yardımcı olacaktır. Eğer başka birinin adına şikayette bulunuyorsanız, mümkünse onların bu izni vermelerini isteyin.

Ben _____, Kurum'a bu şikayeti incelerken benim sağlık kayıtlarıma erişmesi için izin veriyorum.

İmza _____ Tarih ____/____/____

Lütfen bu formu göndermeden önce aşağıdakileri yaptığınızı doğrulayın:

- Formu tamamladınız
- Şikayette bulunduğunuz sağlık hizmeti veren ile ilgili ayrıntıları verdiniz
- Kaygılarınızı açıkça belirttiniz
- Diğer belge veya bilginin fotokopilerini ilıştirdiniz. Lütfen belgelerin asıllarını göndermeyin.

Lütfen bu bilgileri aşağıdaki adrese gönderin:

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

Bizimle irtibata geçebilirsiniz

Telefon: (02) 9219 7444 NSW Eyaleti'nde Ücretsiz Arama: 1800 043 159

Faks: (02) 9281 4585

Teledaktilo (işitme engelliler için): (02) 9219 7555

E-posta hccc@hccc.nsw.gov.au

Web Sayfası: www.hccc.nsw.gov.au

Şahısların Kurum'a yanlış veya yanıltıcı bilgi vermesi suçtur.

Gizlilik Beyanı

Kurum, Sağlık Bakımı Şikayetleri Kanunu çerçevesindeki görevlerini yerine getirmek dışında verdiğiniz bilgileri açığa çıkarmayacaktır.

Lütfen Kurum'u nereden duyduğunuzu bize söyleyin?

- İnternet
- Telefon rehberi
- Broşür/afiş
- Bir sunuşa gittim
- Aile/arkadaş
- Sağlık hizmeti veren kurum veya şahıs
- Daha önce Kurum'a şikayette bulundum
- Diğer (lütfen açıklayın) _____