

患者/访客反馈

☐ 赞扬

☐ 信息

☐ 建议

☐ 投诉

☐ 其他

电话: 415-353-1936

传真: 415-353-8556

电子邮箱: patient.relations@ucsf.edu

反馈日期: _____ 您的姓名 (如果不是患者本人): _____

患者姓名: _____ 您与患者的关系: ☐ 本人 ☐ 家人 ☐ 朋友 ☐ 其他

患者出生日期: _____ 患者地址: _____

患者电话: _____

您是否请求进行与本次反馈相关的后续沟通? ☐ 是 ☐ 否

如果是, 我们通过什么方式联系您最为方便? ☐ 电子邮箱: _____ ☐ 电话: _____ ☐ 不适用

相关地点: ☐ Parnassus ☐ Mission Bay ☐ Mount Zion ☐ BCH-SF ☐ BCH-Oakland ☐ Hyde
☐ Stanyan ☐ 其他: _____

相关部门: _____ 和/或住院部: _____

事件经历日期: _____

请告诉我们您的经历或建议: _____

请告诉我们您期望的结果: _____

(请随意在背面书写)

发件人: _____

UCSF Medical Center
 患者关系部
 1975 4th Street, Campus Box 4018
 San Francisco, CA 94158