

患者/訪客回饋

☐ 讚揚

☐ 資訊

☐ 建議

☐ 投訴

☐ 其他

電話: 415-353-1936

傳真: 415-353-8556

電子郵件: patient.relations@ucsf.edu

回饋日期 _____ 您的姓名 (如果不是患者本人) _____

患者姓名 _____ 您與患者的關係: ☐ 本人 ☐ 家人 ☐ 朋友 ☐ 其他

患者出生日期 _____ 患者地址 _____

患者電話 _____

您是否請求進行與本次回饋相關的後續溝通? ☐ 是 ☐ 否

如果是, 我們通過什麼方式聯繫您最為方便? ☐ 電子郵件: _____ ☐ 電話: _____ ☐ 不適用

相關地點: ☐ Parnassus ☐ Mission Bay ☐ Mount Zion ☐ BCH-SF ☐ BCH-Oakland ☐ Hyde
☐ Stanyan ☐ 其他: _____

相關部門: _____ 和/或住院部 _____

事件經歷日期: _____

請告訴我們您的經歷或建議: _____

請告訴我們您期望的結果: _____

(請隨意在背面書寫)

寄件者: _____

UCSF Medical Center
 患者關係部
 1975 4th Street, Campus Box 4018
 San Francisco, CA 94158