



Округ ЙОЛО (YOLO)

Служба здравоохранения и социальных услуг Охрана психического здоровья

MR#: _____
Для служебного
пользования

Форма запроса на замену поставщика медицинских услуг – Часть 1

Если вы считаете, что ваш текущий поставщик медицинских услуг не отвечает вашим требованиям по лечению, и вы хотите запросить замену поставщика медицинских услуг, пожалуйста заполните эту форму и верните ее администратору в клинике, в которой вы получаете услуги. Запрос на замену поставщика медицинских услуг не приведет к отказу вам в психиатрической помощи или смене рода услуг, которые вы в настоящее время получаете.

Запрос на смену поставщика будет внимательно рассмотрен руководителем клиники и утвержден должным образом. Вы будете проинформированы о результатах вашего запроса письмом или по телефону.

Вы можете обратиться за помощью в заполнении формы к персоналу клиники, в которой вы получаете медицинские услуги, в Отдел контроля качества по номеру (530) 666-8788 или в Офис по правам пациента по номеру (800) 666-8788.

Дата запроса: _____

Имя клиента: _____

Дата рождения: _____

Номер телефона: _____

Клиент

Клиент является

Имя опекуна: _____

несовершеннолетн

опекуном

ий

1. Нынешний поставщик медицинских услуг: _____

2. Причина по которой вы запрашиваете замену поставщика мед. услуг? _____

Общение (не слушает; не отвечает на звонки; я не понимаю, о чем он/она говорит)

Вопросы культурологического характера (не понимает моих культурных корней)

Пол (запрашивается врач определенного пола) Указать: _____

Язык (запрашивается определенный язык) Указать: _____

Проблемы с лекарствами (например, побочные эффекты; требуется заключение независимого специалиста; нужно менять лекарства) :

По рекомендации (то есть рекомендован/а лечащим врачом или членом семьи)

Запрос на определенного доктора/лечащего врача. Поменять на: _____

Груб/а и непрофессионален/льна

Проблемы с расписанием (например длительный период между приемами; долгое время ожидания в приемной)

Дистанционная медицина/телемедицина (то есть, запрашивается личная встреча)

Опасения, связанные с лечением

Другое: _____

3. Какого типа изменения вы хотите? _____

4. Пожалуйста, опишите вопросы, вызывающие особое беспокойство: _____



ОКРУГ ЙОЛО (YOLO)

Служба здравоохранения и социальных услуг
Охрана психического здоровья

MR#:
Для служебного
пользования

Форма запроса на замену поставщика медицинских услуг – Часть 2

Для служебного пользования

Название центра: _____

Тип поставщика: Координатор Лечащий Медсестра/LVN/Лаборант в
мед.услуг мед.услуг врач психиатрической клинике
Психиатр
Другое

Услуги, оказываемые в настоящее время: _____

<input type="checkbox"/> Утверждено Имя нового поставщика медицинских услуг: _____ Следующий прием: _____ Клиент проинформирован (дата): _____ Клиент проинформирован по: <input type="checkbox"/> Почте <input type="checkbox"/> Телефону <input type="checkbox"/> Не получилось связаться с клиентом

<input type="checkbox"/> Отказано: Причина: Клиент проинформирован: Клиент проинформирован по: <input type="checkbox"/> Почте <input type="checkbox"/> Телефону <input type="checkbox"/> Не получилось связаться с клиентом

Печатн
ыми
буквам
и _____ Подпись _____ Дата _____
Руководитель Клиники

Печатн
ыми
буквам
и _____ Подпись _____ Дата _____
Медицинский руководитель клиники

(если услуги
оказываются
психиатром)

Печатн
ыми
буквам
и

Подпись

Дата

Медицинский руководитель клиники

(если услуги оказываются
психиатром)

Примечание: Эта форма должна быть направлена в **ОТДЕЛ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ** по адресу 137 N. Cottonwood St., Suite 2500, Woodland, CA 95695 в течение 5 дней после предъявления