



**ZUCKERBERG
SAN FRANCISCO GENERAL**
Hospital and Trauma Center

患者體驗辦公室
1001 Potrero Avenue, Building 25,
H1246 San Francisco, CA 9410
電話：(628) 206-5176
傳真：(628) 206-8878

電子郵件：dph-patientexperience@sfdph.org

ZUCKERBERG SAN FRANCISCO GENERAL HOSPITAL

患者體驗辦公室申訴流程

Zuckerberg San Francisco General Hospital 希望能夠以敬重熱情的方式，為您提供高品質的保健護理。如果您在住院或就診期間對我們的服務感到不滿，我們希望可以聆聽您的意見。

問：誰可以提交申訴？

答：任何患者/訪客皆可就其治療遞交或溝通疑慮/申訴。如果您無法遞交或溝通疑慮/申訴，您的家人、配偶或其他重要人士可以代表您遞交疑慮。

問：在提交書面申訴/疑慮後，會發生什麼？

答：以下是對疑慮的反饋流程：

- 1) 我們的辦公室將寄出一份確認函，告知您我們已經收到您的疑慮。
- 2) 我們將聯絡疑慮發生的部門。
- 3) 該部門主管將致電聯絡您，瞭解更多有關您的體驗方面的資訊。
- 4) 該部門主管將調查事件，並在 30 個工作日內將結果回覆給您。

如果您有任何疑問，請隨時致電以下號碼聯絡我們的辦公室：

Building 25, Room H1246
1001 Potrero Avenue
San Francisco, CA 94110
電話：(628) 206-5176
傳真：(628) 206-8878
電子郵件：dph-patientexperience@sfdph.org



電子郵件：dph-patientexperience@sfdph.org

患者體驗聲明

請透過當面遞送、郵件遞送、傳真或電子郵件遞送的方式將填寫好的表格發送至患者體驗辦公室。

今天的日期：_____

第I部分：患者資訊

患者名字：_____ 姓氏：_____

出生日期：_____ 醫療記錄號：_____

地址：_____

街道

城市

州

郵遞區號

電話：() _____ 是否方便留言？ ☐ 是 ☐ 否

您常用/主要醫生/執業護士的姓名：_____

主要醫療診所/地址：_____

第II部分：聲明（本表格用於申訴及表揚）

發生日期：_____

發生時間：_____

相關地址/部門：_____

事件簡述：請寫下相關人員的姓名及/或職位（如知曉）：_____

續下頁→



患者體驗辦公室
1001 Potrero Avenue, Building 25,
H1246 San Francisco, CA 9410
電話：(628) 206-5176
傳真：(628) 206-8878

電子郵件：dph-patientexperience@sfdph.org

請視需要加頁書寫

如果我們需要更多資訊，聯絡您的最佳方式是什麼：

☐ 向我寫信 ☐ 致電聯絡我 ☐ 我將致電聯絡你們 ☐ 我發送電子郵件

患者簽名：_____

寫下本聲明的 ☐ 配偶 ☐ 家庭成員 ☐ 訪客 的姓名：

地址 城市 郵遞區號 電話號碼/電子郵件

寫下本聲明的工作人員的姓名/職銜/電話號碼：

感謝您花時間告訴我們您的體驗。

我們將調查所有申訴並在30個工作日內向您更新進度。