

## أخبرنا عن تجربتك



### Arabic

يمكنك أيضاً إكمال هذا النموذج على الإنترنت باستخدام رمز الاستجابة السريعة

## كيف كان أداؤنا؟

تهدنا اقتراحاتكم وتساعدنا على تحسين أداؤنا إذا اقتضت الحاجة.

نرحب بالمرضى وعائلاتهم ونشجعهم على تزويدنا بتعليقاتهم حول تجاربهم. يتم تمرير جميع الاقتراحات إلى المدراء المعنيين. قد تشمل اقتراحاتكم:

- مدح موظف أو خدمة
- اقتراح للتحسين

- شكوى أو قلق بشأن العلاج أو الرعاية المقدمة

نشجعك على التحدث عن تجربتك إلى فريق الرعاية الصحية الذي يعتني بك ، أو يمكنك أيضاً:

- إكمال الصفحتين 2 و 3 من نموذج الاقتراحات هذا ووضعها في صندوق الاقتراحات (الموجود في المستشفى) راسلنا على :

مُنسق علاقات المريض / المستهلك Patient/Consumer Relations Coordinator  
Locked Bag 29, Clayton, Vic 3168

- أكمل نموذج الاقتراحات على الإنترنت [www.monashhealth.org](http://www.monashhealth.org)

- أرسل بريد إلكتروني إلى [feedback@monashhealth.org](mailto:feedback@monashhealth.org)

- اتصل بنا على أحد الأرقام التالية

مستشفى كايسي	03 8768 1465
مركز كرانبورن	03 9554 8078
مستشفى داندينونغ	03 9554 8078
مركز كنغستون	03 9265 1356
مركز موناخ الطبي	03 9594 2702
مستشفى موناخ للأطفال	03 9594 2702
الصحة الفموية المجتمعية / مجتمع موناخ الصحي	03 9554 8078
مستشفى مورابن	03 9228 8584
المصح العقلي	03 9554 9237
عيادة رعاية الحمل باكنهام	03 8768 1465

يمكنك الاتصال بنا من منزلك عن طريق استخدام خدمة الترجمة على 131 450.

خدمة الترجمة مجانية



تاريخ اليوم .....

أخبرنا عن تجربتك في مستشفى موناش

Last reviewed: 12/11/2020	2	Consumer Reviewed
---------------------------	---	-------------------

ما هي طبيعة اقتراحك؟

اقتراح للتحسين  شكوى  مدح

هل ترغب في عدم الكشف عن هويتك؟

نعم  كلا

سيتم تسجيل الاقتراحات المجهولة ومراجعتها

أين تلقت الخدمة؟

مستشفى داندينونغ  مركز كرايبورن  مستشفى كايسي  
 مستشفى موناخ للأطفال  مركز موناخ الطبي  مركز كنغستون  
 عيادة باكنهام  مستشفى مورابن

خدمة مجتمعية (يرجى تحديد الخدمة) .....

خدمة الصحة العقلية (يرجى تحديد الخدمة) .....

خدمات أخرى ( خدمة / يرجى تحديد الموقع ) .....

.....

يرجى تحديد اسم الجناح أو الوحدة أو القسم أو الخدمة (إذا تعرفها)

.....

معلومات عنك (الشخص الذي يقدم الاقتراحات)

.....الاسم

.....العنوان

.....

.....تليفون .....البريد الإلكتروني.....

.....علاقتك بالمريض / الزبون.....

تفاصيل المريض / الزبون (إذا كانت مختلفة عما ورد أعلاه)

.....الاسم

.....العنوان

.....

.....تليفون .....تاريخ الولادة.....

.....البريد الإلكتروني.....