

در مورد تجربه خود برای ما بگویید



دری Dari

شما همچنین می‌توانید با استفاده از کد QR
این فرم را بصورت آنلاین تکمیل کنید

چگونه ما کارها را انجام دادیم؟

ابراز نظر شما برای ما مهم است و به ما کمک می‌کند تا بدانیم چه کارهایی را خوب انجام می‌دهیم و در چه مواردی
ضرورت به اصلاح داریم.

ما از استفاده کنندگان خدمات ما و خانواده هایشان استقبال می‌کنیم و آنها را تشویق می‌کنیم تا درباره تجربیات شان به ما نظر
بدهند. تمام نظرات به مدیران مربوطه انتقال داده می‌شود.

نظرات شما ممکن است شامل این‌ها باشد:

- تعریف و تمجید از یک کارمند یا یک بخشی از خدمات
- پیشنهادی برای اصلاح و بهبودی
- شکایت یا نگرانی در مورد درمان یا مراقبت ارائه شده

ما شما را تشویق می‌کنیم که با تیم صحتی که از شما مراقبت می‌کند صحبت کنید و نظر بدهید، با این حال شما همچنان می
توانید:

- صفحات 2 و 3 این فرم ابراز نظر را تکمیل کنید و در جعبه ابراز نظر (در اطراف شفاخانه گذاشته شده است) قرار
دهید
- برای ما به آدرس زیر نامه بنویسید:

Patient/Consumer Relations Coordinator
Locked Bag 29, Clayton, Vic 3168

- فرم ابراز نظر آنلاین را در www.monashhealth.org تکمیل کنید
- به feedback@monashhealth.org ایمیل ارسال کنید
- با یکی از شماره های زیر با ما تماس بگیرید:

03 8768 1465	شفاخانه کیسی
03 9554 8078	مرکز کرنبورن
03 9554 8078	شفاخانه دندینانگ
03 9265 1356	مرکز کینگستون
03 9594 2702	مرکز طبی موناخ
03 9594 2702	شفاخانه کودکان موناخ
03 9554 8078	جامعه صحتی موناخ / صحت دهان و دندان جامعه
03 9228 8584	شفاخانه مورابین
03 9554 9237	صحت روانی
03 8768 1465	کلینیک مراقبت از بارداری رکینهام

می‌توانید از خانه با استفاده از ترجمان تلفونی از طریق شماره 131 450 با ما تماس بگیرید. خدمات
ترجمانی بصورت مجانی ارائه می‌شود.



ماهیت ابراز نظر شما چیست؟

پیشنهاد برای اصلاح

شکایت

تحسین و تمجید

آیا می خواهید ناشناس بمانید؟

نه

بلی

ابراز نظر ناشناس ثبت و بررسی خواهد شد

خدمات در کجا به شما ارائه شده است؟

شفاخانه دندینانگ

مرکز کرنبورن

شفاخانه کیسی

شفاخانه اطفال موناش

مرکز صحتی موناش

مرکز کینگستون

کلینیک پاکینهام

شفاخانه مورابین

خدمات جامعه (لطفا خدمات را مشخص کنید) Community Service (please specify service)

..... خدمات صحت روانی (لطفا خدمات را مشخص کنید)

..... دیگر (لطفا خدمات و محل آن را مشخص کنید)

لطفا نام اتاق، واحد، بخش یا خدمات را مشخص کنید (اگر معلوم است)

.....

مشخصات شما (شخصی که نظر می دهد دهد)

نام:

آدرس:

.....

تلفون: ایمیل:

..... رابطه شما با مریض / استفاده کننده خدمات:

مشخصات مریض / استفاده کننده خدمات (اگر با بالا متفاوت باشد)

نام:

آدرس:

.....

تلفون: تاریخ تولد:

..... ایمیل: