

Raccontaci la tua
esperienza



Italian - Italiano

Puoi anche compilare questo modulo
online usando il codice QR

Come siamo andati?

I tuoi riscontri sono importanti per noi e ci aiutano a capire cosa stiamo facendo bene e cosa dobbiamo migliorare.

Accogliamo ed esortiamo i consumatori e le loro famiglie a darci un riscontro sulle loro esperienze. Tutti i riscontri sono trasmessi ai dirigenti di competenza.

Il tuo riscontro può essere:

- un complimento per un membro del personale o per un servizio
- una proposta di miglioramento
- una lamentela o una preoccupazione riguardo al trattamento o all'assistenza fornita

Ti esortiamo a parlare del tuo riscontro con l'équipe sanitaria che si prende cura di te, ma puoi anche:

- Completare pagina 2 e 3 di questo modulo e riportarlo in una delle cassette dei riscontri (situate in tutto l'ospedale)
- Scriverci una lettera indirizzata a:
Patient/Consumer Relations Coordinator
Locked Bag 29, Clayton, Vic 3168
- Completare il modulo di riscontro online sul sito www.monashhealth.org
- Mandare un'e-mail all'indirizzo feedback@monashhealth.org
- Telefonarci ad uno dei numeri riportati di seguito

Casey Hospital	03 8768 1465
Cranbourne Centre	03 9554 8078
Dandenong Hospital	03 9554 8078
Kingston Centre	03 9265 1356
Monash Medical Centre	03 9594 2702
Monash Children's Hospital	03 9594 2702
Monash Health Community/Community Oral Health	03 9554 8078
Moorabbin Hospital	03 9228 8584
Mental Health	03 9554 9237
Pakenham Pregnancy Care Clinic	03 8768 1465



Puoi contattarci da casa utilizzando un interprete telefonico al numero **131 450**.
I servizi di interpretariato sono gratuiti

Che tipo di riscontro vuoi dare?

- Complimento
- Lamentela
- Proposta di miglioramento

Desideri rimanere anonimo/a?

- Sì
- No

I riscontri anonimi saranno registrati e revisionati

Dove è stato erogato il servizio?

- Casey Hospital
- Cranbourne Centre
- Dandenong Hospital
- Kingston Centre
- Monash Medical Centre
- Monash Children’s Hospital
- Moorabbin Hospital
- Pakenham Clinic
- Community Service (indicare il servizio)
- Mental Health Service (indicare il servizio)
- Altro (indicare il luogo/servizio)

Ti preghiamo di indicare il nome del reparto, dell’Unità, del Dipartimento o del Servizio (se noto)

.....

I tuoi dettagli (persona rilasciante il riscontro)

Nome.....

Indirizzo.....

.....

Telefono.....E-mail.....

Il tuo legame con il/la paziente o consumatore/trice.....

Dettagli del/la paziente o consumatore/trice (se diversi da quelli sopra indicati)

Nome.....

Indirizzo.....

.....

Telefono.....Data di nascita.....

E-mail.....