



Turkish

Bize deneyiminizi
söyleyin

Bu formu QR kodunu
kullanarak internet üzerinden
de doldurabilirsiniz



Nasıldık?

Görüşleriniz bizim için önemlidir ve neyi iyi yaptığımızı ve neyi geliştirmemiz gerektiğini bilmemize yardımcı olur.

Tüketicileri ve ailelerini, deneyimleri hakkında bize geri bildirimde bulunmaya davet ve teşvik ediyoruz. Tüm geri bildirimler ilgili yöneticilere iletilecektir.

Geri bildirimleriniz şunlar olabilir:

- Bir personel veya hizmet hakkında iltifat
- Yenilik önerisi
- Sağlanan tedavi veya bakımla ilgili bir şikayet veya endişe
- **Geri bildiriminizi sizinle ilgilenen sağlık ekibiyle konuşmanızı öneririz, ancak şunları da yapabilirsiniz:**
- Bu geribildirim formunun 2. ve 3. sayfalarını doldurun ve bir geri bildirim kutusuna koyun (hastanenin etrafında bulunur)

Bize aşağıdaki adresten ulaşın:

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

- www.monashhealth.org adresinden çevrimiçi bir geri bildirim formu doldurun
- feedback@monashhealth.org adresine e-posta gönderin

Aşağıdaki numaralardan bizi arayın

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



Evden, 131 450 numaralı telefonda tercüman kullanarak bizimle iletişime geçebilirsiniz.

Tercümanlık hizmetleri ücretsizdir.

Geri bildiriminizin sebebi nedir?

- İltifat Şikayet Daha verimli hale getirmek için öneri

Anonim kalmak ister misiniz?

- Evet Hayır

Anonim geri bildirim kaydedilecek ve incelenecektir.

Hizmet nerede sağlandı?

- Casey Hospital Cranbourne Centre Dandenong Hospital
 Kingston Centre Monash Medical Centre Monash Children's Hospital
 Moorabbin Hospital Pakenham Clinic
 Toplum Hizmeti (lütfen hizmeti belirtiniz)
 Ruh Sağlığı Hizmeti (lütfen hizmeti belirtiniz)
 Diğer (lütfen siteyi / hizmeti belirtiniz)
.....

Eğer biliyorsanız, lütfen Bölüm, Koğuş, Departman veya Hizmetin adını belirtiniz

Bilgileriniz (geri bildirim sağlayan kişi)

İsim.....

Adres.....

Telefon.....E-posta

Hasta / tüketici ile ilişkiniz

Hasta / tüketici bilgileri (yukarıdakinden farklıysa)

İsim.....

Adres.....

Telefon.....Doğum tarihi.....

E- posta adresi