

投訴表

使用該表提交投訴

您對行為健康服務中心任何提供的治療不滿都可以進行投訴。您可填寫下表，並使用已經填好地址的信封寄出投訴表。也可撥打(800) 668-4240 或(866) 308-3074 聯繫病人權利支持服務中心進行投訴。

若希望填寫下列資訊提交投訴，請勾選方框。

客戶資訊

名字：_____ 姓氏：_____

出生月份：_____ 日：_____ 年：_____

地址：_____

城市：_____ 州：_____ 郵遞區號：_____

電話號碼：_____

科別資訊：

病患看診科別：

科別所在之街道名稱、城市、州、郵遞區號：

請簡要描述您的擔憂或不滿。

若您填寫本表格，但並非接受診療的病患本人，請註明您與病患的關係：_____

您的姓名是_____，電話號碼是_____。

病患或授權代表人簽名

日期