

Форма жалобы Медицинской комиссии штата Вашингтон

Что может сделать Медицинская комиссия?

Медицинская комиссия отвечает за защиту населения путем обеспечения высоких стандартов профессионального поведения, образования, подготовки и компетентности среди врачей и помощников врача.

Мы рассматриваем и расследуем жалобы на отдельных врачей (MDs) и помощников врачей (PAs). Любой желающий может подать нам жалобу, включая представителей общественности, работодателей и прочий медицинский персонал.

Чего не может сделать Медицинская комиссия?

Мы не можем:

- расследовать жалобы на любого, кто не является лицензированным врачом или помощником врача, например, на:
 - медсестер;
 - фармацевтов;
 - стоматологов;
 - оптиков;
 - социальных работников;
 - больницы;
 - клиники или другие организации здравоохранения;
 - учреждения;
- компенсировать или помочь вам подать иск в связи со спорами о выставлении счетов и взносов;
- предоставить юридическую или медицинскую консультацию.

Инструкции по заполнению Формы жалобы на вашего поставщика медицинских услуг

Пожалуйста, заполните все разделы в меру своих возможностей. Если какой-то конкретный раздел не применим к вашей ситуации, просто напишите "N/A" (неприменимо) в свободном месте.

1. Обязательно укажите имя врача или помощника врача для обработки вашей жалобы. Вся остальная запрашиваемая информация является необязательной. Мы можем отправлять информацию другим государственным учреждениям, чтобы помочь им в расследованиях.
2. Укажите полное имя (пожалуйста, проверьте правильность написания) врача или помощника врача, на которого вы хотите подать жалобу. Эта жалоба не может быть рассмотрена без полного имени. Пожалуйста, обратитесь к поиску учетных данных поставщика медицинских услуг в Департаменте здравоохранения <https://go.usa.gov/xNBqs>, чтобы проверить орфографию и найти их номер лицензии.
3. Заполните и подпишите прилагаемое **Разрешение на раскрытие вашего имени / личности** и отправьте его вместе с жалобой.



Раскрытие данных

Пожалуйста, обратите внимание, что ваша жалоба в Медицинскую комиссию и любые приложения станут публично доступными и подпадают под действие Закона о публичной информации (Свод законов штата Вашингтон с изменениями и дополнениями RCW 42.56). По запросу форма вашей жалобы, а также приложения или любые другие письменные дополнения к ней, могут быть переданы лицу, на которое вы жалуетесь.

Сегодняшняя дата: _____

Ваша информация	
Я:	<input type="checkbox"/> Пациент <input type="checkbox"/> Подача этого сообщения от имени пациента <input type="checkbox"/> Лицо, сообщившее информацию (обязательно)
Кем вам приходится пациент?	<input type="checkbox"/> Я <input type="checkbox"/> Родитель <input type="checkbox"/> Ребенок <input type="checkbox"/> Супруг(-а) <input type="checkbox"/> Брат/сестра <input type="checkbox"/> Адвокат пациента <input type="checkbox"/> Работодатель <input type="checkbox"/> Сотрудник <input type="checkbox"/> Друг <input type="checkbox"/> Коллега <input type="checkbox"/> Законный опекун <input type="checkbox"/> Другое
Полное имя	
Улица и номер дома	
Город	
Штат	
Почтовый индекс	
Телефон: Домашний	
телефон: Рабочий	
телефон: Мобильный телефон	
Электронная почта	
Информация о пациенте	
Полное имя пациента	
Дата рождения	
Дата происшествия	
Место происшествия	
Дата(ы) оказания медицинской помощи	_____ через _____



Информация о враче (MD) или помощнике врача (PA)

Я хочу подать жалобу на физическое лицо, указанное ниже. Я понимаю, что Медицинская комиссия не оказывает помощи гражданам, стремящимся вернуть свои деньги или ищущие другие личные средства правовой защиты. Я предоставляю эту информацию для того, чтобы Медицинская комиссия могла определить, следует ли рассматривать дисциплинарные меры в отношении лицензии этого практикующего врача.

Я понимаю, что непредоставление имени практикующего врача задержит или ограничит обработку и возможное расследование моей жалобы.

Ставя здесь свои инициалы, вы соглашаетесь на это: _____

Имя лечащего врача (MD или PA)	
Номер лицензии (если известен)	
Название клиники или учреждения	
Улица и номер дома	
Город	
Штат	
Почтовый индекс	
Номер телефона	

Сообщение о происшествии

Установите флажок, который лучше всего описывает характер вашей жалобы.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Нарушение правил рекламы | <input type="checkbox"/> Ошибки с внесением данных |
| <input type="checkbox"/> Приговор по уголовному делу | <input type="checkbox"/> Дискриминация |
| <input type="checkbox"/> Излишнее лечение или анализы | <input type="checkbox"/> Неспособность контролировать персонал |
| <input type="checkbox"/> Ненадлежащие назначения | <input type="checkbox"/> Мошенничество со страхованием / выставлением счетов |
| <input type="checkbox"/> Умственные или физические нарушения | <input type="checkbox"/> Неправильный диагноз |
| <input type="checkbox"/> Неправильно заполненный/неправильно маркированный рецепт | <input type="checkbox"/> Оставление / ненадлежащий уход за пациентом |
| <input type="checkbox"/> Качество медицинской помощи | <input type="checkbox"/> Грубое или деструктивное поведение |
| <input type="checkbox"/> Сексуальное домогательство | <input type="checkbox"/> Злоупотребление психоактивными веществами |
| <input type="checkbox"/> Нелицензионная практика | |
| <input type="checkbox"/> Другое | |



<p>Пожалуйста, объясните причину этой жалобы. При необходимости прикрепите дополнительные листы.</p>	
<p>Обращались ли вы со своими проблемами к врачу / помощнику врача?</p>	<p><input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет</p>
<p>Если да, то каков был результат?</p>	
<p>Какого решения вы добиваетесь от Медицинской комиссии?</p>	



Разрешение на разглашение вашего имени / личности

Если вы являетесь пациентом, сотрудником учреждения, где была оказана медицинская помощь, или медицинским работником, информация о вашей личности является конфиденциальной в соответствии с **RCW 43.70.075**, если только вы не откажетесь от этого права. Медицинская комиссия может быть не в состоянии расследовать случай, не раскрыв личность пациента или лица, подавшего жалобу.

Подписывая этот документ, вы отказываетесь от права на конфиденциальность и уполномочиваете Медицинскую комиссию:

- предоставить информацию о вашей личности практикующему врачу, на которого вы пожаловались;
- предоставить информацию о вашей личности другим лицам, разумно необходимым для расследования;
- предоставить информацию о вашей личности для использования в рамках любого соответствующего дисциплинарного слушания, проводимого в связи с вашей жалобой.

Ваше согласие на отказ от прав

Настоящим я отказываюсь от прав на конфиденциальность и даю согласие на раскрытие информации о моей личности с единственной целью расследования моей жалобы и ведения производства в отношении дисциплинарных / санкционных действий.

Да Нет*

Подпись: _____ Дата: _____

Имя печатными буквами: _____ (Пожалуйста, укажите инициалы с отчеством)

Дата рождения: _____

Домашний телефон: _____ Телефон, доступный в дневное время: _____

* Я понимаю, что этот отказ может повлиять на способность Медицинской комиссии продолжать расследование этого вопроса и применить любые дисциплинарные меры.

После того, как вы заполните эту форму, пожалуйста, отсканируйте и отправьте ее по электронной почте на Medical.complaints@wmc.wa.gov

Если у вас нет доступа к электронной почте, пожалуйста, отправьте форму по адресу:

WMC Complaint Intake PO
BOX 47866
Olympia, WA 98504

Если вы решите добавить какие-либо дополнительные материалы к этой форме жалобы, отправленные материалы вам возвращены не будут. Если вам требуется дополнительная информация о Медицинской комиссии или о том, как обрабатывается жалоба, пожалуйста, посетите наш веб-сайт по адресу wmc.wa.gov