

Форма скарги Медичної комісії штату Вашингтон

Що може зробити Медична комісія?

Медична комісія відповідає за захист населення шляхом забезпечення високих стандартів професійної поведінки, освіти, підготовки та компетентності серед лікарів та помічників лікаря.

Ми розглядаємо та розслідуємо скарги на окремих лікарів (MDs) та помічників лікаря (PAs). Будь-хто може подати нам скаргу, зокрема: представники громадськості, роботодавці та інший медичний персонал.

Чого не може зробити Медична комісія?

Ми не можемо:

- розслідувати скарги на будь-кого, хто не є ліцензованим лікарем або помічником лікаря, наприклад, на:
 - медсестр;
 - фармацевтів;
 - стоматологів;
 - оптиків;
 - соціальних працівників;
 - лікарні;
 - клініки або інші організації в галузі охорони здоров'я;
 - заклади;
- компенсувати або допомогти вам подати позов у зв'язку зі спорами про виставлення рахунків і зборів;
- надати юридичну або медичну консультацію.

Інструкції щодо заповнення Форми скарги на вашого постачальника медичних послуг

Будь ласка, заповніть всі розділи, наскільки це можливо. Якщо якийсь конкретний розділ не застосовується до вашої ситуації, просто напишіть "N/A" (не застосовується) у вільному місці.

- Обов'язково зазначте ім'я лікаря або помічника лікаря для обробки вашої скарги. Вся інша запитувана інформація є необов'язковою. Ми можемо надсилати інформацію іншим державним установам, щоб допомогти їм в розслідуваннях.
- Вкажіть повне ім'я (будь ласка, перевірте правильність написання) лікаря або помічника лікаря, на якого ви хочете подати скаргу. Ця скарга не може бути розглянута без їх повного імені. Будь ласка, зверніться до пошуку облікових даних постачальника медичних послуг в Департаменті охорони здоров'я <https://go.usa.gov/xNBqs>, щоб перевірити орфографію та знайти їх номер ліцензії.
- Заповніть і підпишіть доданий **Дозвіл на розкриття вашого імені/особистості** і надішліть його разом із вашою скаргою.



Розкриття даних

Будь ласка, зверніть увагу, що ваша скарга в Медичну комісію й будь-які додатки стануть надбанням громадськості та підпадають під дію Закону про публічну інформацію (Звід законів штату Вашингтон із змінами та доповненнями RCW 42.56). За запитом форма вашої скарги, а також додатки або будь-які інші письмові доповнення до неї, можуть бути передані особі, на яку ви подали скаргу.

Сьогоднішня дата: _____

Ваша інформація	
Я:	<input type="checkbox"/> Пацієнт <input type="checkbox"/> Подача цього звіту від імені пацієнта <input type="checkbox"/> Особа, яка повідомила інформацію (обов'язково)
Зв'язок із пацієнтом:	<input type="checkbox"/> Я <input type="checkbox"/> Батьки <input type="checkbox"/> Дитина <input type="checkbox"/> Чоловік (дружина) <input type="checkbox"/> Брат/сестра <input type="checkbox"/> Адвокат пацієнта <input type="checkbox"/> Роботодавець <input type="checkbox"/> Працівник <input type="checkbox"/> Друг <input type="checkbox"/> Колега <input type="checkbox"/> Законний опікун <input type="checkbox"/> Інше
Повне ім'я	
Адреса	
Місто	
Штат	
Поштовий індекс	
Телефон: Домашній	
телефон: Робочий	
телефон: Мобільний телефон	
Електронна пошта	
Інформація про пацієнта	
Повне ім'я пацієнта	
Дата народження	
Дата події	
Місце події	
Дата(-и) надання медичної допомоги	_____ через _____



Інформація про лікаря (MD) або помічника лікаря (PA)

Я хочу подати скаргу на особу, зазначену нижче. Я розумію, що Медична комісія не надає допомоги громадянам, які прагнуть повернути свої гроші або шукають інші особисті засоби правового захисту. Я надаю цю інформацію для того, щоб Медична комісія могла визначити, чи слід розглядати дисциплінарні заходи щодо ліцензії цього практикуючого лікаря.

Я розумію, що ненадання імені практикуючого лікаря затримає або обмежить обробку та можливе розслідування моєї скарги.

Ставлячи тут свої ініціали, ви погоджуєтесь на це: _____

Ім'я лікаря (MD або PA)	
Номер ліцензії (якщо відомий)	
Назва клініки або установи	
Адреса	
Місто	
Штат	
Поштовий індекс	
Номер телефону	

Повідомлення про випадок

Установіть прапорець, який найвлучніше описує характер вашої скарги.

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Порушення правил реклами | <input type="checkbox"/> Помилки з внесенням даних |
| <input type="checkbox"/> Засудження у кримінальній справі | <input type="checkbox"/> Дискримінація |
| <input type="checkbox"/> Зайве лікування або аналізи | <input type="checkbox"/> Нездатність контролювати персонал |
| <input type="checkbox"/> Неправильне призначення | <input type="checkbox"/> Шахрайство зі страхуванням / виставленням рахунків |
| <input type="checkbox"/> Розумові або фізичні порушення | <input type="checkbox"/> Невірний діагноз |
| <input type="checkbox"/> Неправильно заповнений /
неправильно маркований рецепт | <input type="checkbox"/> Залишення / нехтування пацієнта |
| <input type="checkbox"/> Якість медичної допомоги | <input type="checkbox"/> Груба або деструктивна поведінка |
| <input type="checkbox"/> Сексуальні домагання | <input type="checkbox"/> Зловживання психоактивними речовинами |
| <input type="checkbox"/> Неліцензійна практика | |
| <input type="checkbox"/> Інше | |



<p>Будь ласка, поясніть причину цієї скарги. За необхідності додайте аркуші.</p>	
<p>Чи зверталися ви зі своїми проблемами до лікаря / помічника лікаря?</p>	<p><input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p>
<p>Якщо так, то який був результат?</p>	
<p>Якого рішення ви домагаєтесь від Медичної комісії?</p>	



Дозвіл на розголошення вашого імені / посвідчення особи

Якщо ви є пацієнтом, співробітником установи, де була надана медична допомога, або медичним працівником, інформація про вашу особистість є конфіденційною відповідно до **RCW 43.70.075**, якщо ви не відмовитесь від цього права. Медична комісія може бути не в змозі розслідувати випадок, не розкриваючи інформацію про особу пацієнта або особу, яка подала скаргу.

Підписуючи цей документ, ви відмовляєтеся від права на конфіденційність та уповноважуєте Медичну комісію:

- повідомляти інформацію про свою особу практикуючому лікарю, на якого ви подали скаргу;
- повідомляти інформацію про вашу особу іншим особам, необхідним для розслідування;
- розкривати інформацію про свою особу для використання в будь-якому відповідному дисциплінарному слуханні, проведеному у зв'язку з вашою скаргою.

Ваш дозвіл на відмову від прав

Цим я відмовляюся від прав на конфіденційність і даю згоду на розкриття інформації про мою особу з єдиною метою розслідування моєї скарги та проведення дисциплінарних/санкціонуючих дій.

Так Ні*

Підпис: _____ Дата: _____

ПІБ: _____ (Будь ласка, вкажіть ініціали по-батькові)

Дата народження: _____

Домашній телефон: _____ Телефон, доступний удень: _____

* Я розумію, що ця відмова може вплинути на здатність Медичної комісії продовжувати розслідування цього питання та вжити будь-яких дисциплінарних заходів.

Щойно ви заповните цю форму, будь ласка, відскануйте та надішліть її електронною поштою на Medical.complaints@wmc.wa.gov

Якщо у вас немає доступу до електронної пошти, будь ласка, надішліть її за адресою:

WMC Complaint Intake PO
BOX 47866
Olympia, WA 98504

Якщо ви вирішите додати будь-які матеріали до цієї форми скарги, відправлені матеріали вам повернуті не будуть. Якщо вам потрібна додаткова інформація про Медичну комісію або про те, як обробляється скарга, будь ласка, відвідайте наш веб-сайт за адресою wmc.wa.gov