

## ОТЗЫВЫ ПАЦИЕНТОВ/ПОСЕТИТЕЛЕЙ

Благодарность

Информация

Предложение

Жалоба

Другое

Тел.: 415-353-1936

Факс: 415-353-8556

Эл. почта: patient.relations@ucsf.edu

Сегодняшняя дата \_\_\_\_\_ Ваше имя (не пациент) \_\_\_\_\_  
Имя пациента \_\_\_\_\_ Кем вы приходите пац-ту:  Пац  Родств  Друг  Другое  
Дата рож. пац-та \_\_\_\_\_ Адрес пациента \_\_\_\_\_  
Тел. пациента \_\_\_\_\_

Вы желаете получить доп. информацию, в связи с этим документом?  Да  Нет  
Если да, как с вами лучше связаться?  E-mail: \_\_\_\_\_  Тел.: \_\_\_\_\_  N/A

Больница:  Parnassus  Mission Bay  Mount Zion  BCH-SF  BCH-Oakland  Saint Francis  
 St. Mary's  Other: \_\_\_\_\_

Отделение: \_\_\_\_\_ или/или амбул. отд. \_\_\_\_\_

Дата/ы посещения: \_\_\_\_\_

Ваши впечатления / предложения: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Желаемый результат: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(При необходимости, используйте обратную сторону)

Отправитель: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

UCSF Medical Center  
Patient Relations Department  
1975 4th Street, Campus Box 4018  
San Francisco, CA 94158