

## 患者/訪客回饋

讚揚

資訊

建議

投訴

其他

電話: 415-353-1936

傳真: 415-353-8556

電子郵件: patient.relations@ucsf.edu

回饋日期 \_\_\_\_\_ 您的姓名 (如果不是患者本人) \_\_\_\_\_

患者姓名 \_\_\_\_\_ 您與患者的關係:  本人  家人  朋友  其他

患者出生日期 \_\_\_\_\_ 患者地址 \_\_\_\_\_

患者電話 \_\_\_\_\_

您是否請求進行與本次回饋相關的後續溝通?  是  否

如果是, 我們通過什麼方式聯繫您最為方便?  電子郵件: \_\_\_\_\_  電話: \_\_\_\_\_  不適用

相關地點:  Parnassus  Mission Bay  Mount Zion  BCH-SF  BCH-Oakland  Saint Francis  
 St. Mary's  其他: \_\_\_\_\_

相關部門: \_\_\_\_\_ 和/或住院部 \_\_\_\_\_

事件經歷日期: \_\_\_\_\_

請告訴我們您的經歷或建議: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

請告訴我們您期望的結果: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

(請隨意在背面書寫)

寄件者: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

UCSF Medical Center  
患者關係部  
1975 4th Street, Campus Box 4018  
San Francisco, CA 94158