

СООБЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА/ПОСЕТИТЕЛЯ

Благодарность

Информация

Жалоба

Прочее

Тел.: 415-353-1936

Факс: 415-353-8556

Электронная почта: [patient.relations@ucsfmedctr.org](mailto:patient.relations@ucsfmedctr.org)

Сегодняшнее число

\_\_\_\_\_

Ваши имя и фамилия (если Вы не пациент)

\_\_\_\_\_

Имя пациента

\_\_\_\_\_

Кем Вы приходите к пациенту:  я пациент  родственник

знакомый  прочее

Дата рождения пациента

\_\_\_\_\_

Отделение, где произошло описываемое событие

\_\_\_\_\_

Номер телефона пациента

\_\_\_\_\_

Местонахождение пациента

\_\_\_\_\_

Адрес пациента

\_\_\_\_\_

Расположение:  Moffitt/Long(505 Parnassus/Парнасус) ACC/MB1

ACC/MB1(400 Parnassus/Парнасус)  Mount Zion(Маунт Зайон)

350 Parnassus/Парнасус  Прочее

Адрес электронной почты

\_\_\_\_\_

Дата происшествия

\_\_\_\_\_

Расскажите нам, что произошло, или поделитесь с нами Вашими предложениями по улучшению обслуживания:

\_\_\_\_\_

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

Каковы Ваши ожидания:

\_\_\_\_\_

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

*(Вы можете писать на обратной стороне)*

Отправитель:

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

UCSF Medical Center  
Patient Relations Department  
350 Parnassus Avenue, Box 0208  
San Francisco CA 94143-0208