



FEEDBACK AND COMPLAINTS REGISTRATION FORM

نموذج تسجيل الملاحظات والشكاوى

For Official Use Only

CPQ Reference No

رقم المرجع

1) Please type or print clearly and provide all requested information

1) الرجاء الكتابة بوضوح و توفير جميع المعلومات المطلوبة

- Patient Client/Customer Staff
 HCO (Health Care Organization)
 Other (Please specify):

- مريض العميل موظف
 مؤسسة الرعاية الصحية
 أخرى يرجى التحديد:

Full Name(Complainant) Mr/Mrs/Ms/Dr

الاسم الثلاثي (المشتكي):

Sex: Male Female

الجنس: ذكر انثى

Date of Birth تاريخ الميلاد

Nationality الجنسية

Telephone No. الهاتف الثابت

Mobile No. الهاتف المتحرك

Fax No. البراق

Email البريد الالكتروني

Address in U.A.E العنوان داخل الدولة

2) If you are not the person who received this service, please fill this section

2) إذا لم تكن الشخص الذي تلقى الخدمة الرجاء ملء هذا الجزء

What is your relationship to the person or entity listed above?

ماهي علاقتك بالشخص المذكور اعلاه؟

Spouse Parent Son/Daughter

زوج احد الوالدين ابن/ ابنة صديق

Friend Brother/Sister Legal Guardian

أخ /أخت الوصي القانوني

أخرى يرجى التحديد:

Other (Please specify):

Full Name Mr/Mrs/Ms/Dr..... الاسم الثلاثي:

Telephone No. الهاتف الثابت

Mobile No. الهاتف المتحرك

Fax No. البراق

Email البريد الالكتروني

Address in U.A.E العنوان داخل الدولة





6) Have you discussed your complaint and/or feedback with the Healthcare provider? If yes please state who is the person involved and what was the action taken:

6) هل ناقشت الشكوى و / أو الملاحظات مع أي مقدم الرعاية الطبية ممثل لسلطة مدينة دبي الطبية، قبل الاتصال بنا؟ إذا كانت الإجابة نعم، أذكر من هو الشخص المعني وماذا كانت الإجراءات المتخذة: يجوز لك استخدام أوراق إضافية إذا لزم الأمر:

You may use additional sheets of paper if required:

.....
.....
.....
.....

7) What action or outcome are you looking for?

7) ماهي الاجراءات او النتيجة التي تبحث عنها؟

.....
.....
.....





AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL RECORDS

الموافقة على نشر السجلات الطبية

I hereby authorize the Customer Protection Unit of the Center for Healthcare Planning and Quality, Dubai Healthcare City Authority, Ibn Sina Building, Block B, PO Box 505001, to have full access and obtain copy to all medical records and documentation from the healthcare facilities involved in order to investigate this complaint. By reason of the aforesaid, I undertake full responsibility and liability arising from the release of the requisite Information.

أصرح بأنني أسمح لوحدة حماية العملاء في مركز التخطيط والجودة للخدمات الطبية ، سلطة مدينة دبي الطبية، مبنى ابن سينا ، الوحدة ب ، صندوق بريد 505001 حق الوصول الكامل والحصول على نسخة كاملة لجميع سجلاتي الطبية والوثائق المتعلقة من المنشأة الصحية المعنية من أجل التحقيق في هذه الشكوى. بحكم كل ماسبق ذكره، أتعهد المسؤولية الكاملة والمسؤولية الناشئة عن الإفراج عن المعلومات المطلوبة.

DECLARATION

اقرار

I certify that I am the person who has completed this form and that the statements made by me in this form is true and accurate to the best of my knowledge and belief, and any documents attached are true copies.

أقر بأن أنا الشخص الذي أكمل هذا النموذج وان التصريحات التي أدلي بها في هذه الاستمارة صحيحة ودقيقة لحد علمي و معرفتي ، وأية وثائق مرفقة هي نسخ طبق الأصل.

Applicant Signature

Complainant Name

Date

توقيع مقدم الطلب أو من ينوب عنه

الاسم الثلاثي

التاريخ

Personal Identification Documents
provided by the complainant

Passport copy National ID copy

المستندات الشخصية المرفقة

صورة عن الهوية صورة من جواز السفر

Preferred contact method

الرجاء تحديد طريقة التواصل المفضلة لديك

