

Prosimy o czytelne wypełnienie wszystkich części niniejszego formularza i przesłanie pocztą na adres:

Office of Professional Medical Conduct
Central Intake Unit
Riverview Center
150 Broadway- Suite 355
Albany, NY 12204-2719

(Formularz musi zawierać oryginalny podpis)

Wszystkie zgłoszenia dotyczące niewłaściwego zachowania są poufne i chronione przed ujawnieniem zgodnie z paragrafem 230(10)(a)(v) oraz 230(11)(a) ustawy o zdrowiu publicznym stanu Nowy Jork (New York State Public Health Law). Wszelkie osoby dokonujące zgłoszenia lub przekazujące informacje do Rady ds. etyki lekarskiej (Board for Professional Medical Conduct) w dobrej wierze oraz bez złośliwych zamiarów nie będą podlegać żadnym działaniom z tytułu postępowania cywilnego w wyniku dokonania takiego zgłoszenia zgodnie z paragrafem 230(11)(b).

Przed wypełnieniem niniejszego formularza zob. instrukcje na stronie 4.

INFORMACJE NA TEMAT OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ

Nazwisko _____ Imię _____ Drugie imię _____
Nazwisko Imię Drugie imię

Adres _____ Miasto _____ Stan _____ Kod pocztowy _____
Nazwa ulicy i numer domu Miasto Stan Kod pocztowy

Nr telefonu (_____) - _____ (_____) - _____
Nr tel. dla połączeń w ciągu dnia Nr tel. dla połączeń wieczorem

ZAŻALENIE DOTYCZĄCE LEKARZA LUB ASYSTENTA LEKARZA

Imię i nazwisko lekarza / asystenta lekarza _____ Nazwisko Imię Drugie imię

Adres _____ Miasto _____ Stan _____ Kod pocztowy _____
Nazwa ulicy i numer Miasto Stan Kod pocztowy

Nr telefonu (_____) - _____

INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA/-ÓW

** Dodatkowe nazwiska pacjentów można dodać na odrębnym arkuszu papieru.

Nazwisko pacjenta/-ów _____ Nazwisko Imię Drugie imię

Data urodzenia _____ / _____ / _____
Miesiąc Dzień Rok

SZCZEGÓŁY DOTYCZĄCE ZAŻALENIA

Prosimy możliwie szczegółowo opisać zażalenie. Prosimy podpisać i opatrzyć formularz datą.

Kiedy doszło do zdarzenia? _____

Gdzie doszło do zdarzenia? _____

Czy dokonał(a) Pan(i) zgłoszenia zażalenia w innym miejscu? Tak Nie

Jeśli tak, gdzie? _____

Czy istnieją świadkowie?

Dodatkowe nazwiska świadków można dodać na odrębnym arkuszu papieru.

Imię i nazwisko świadka _____
Nazwisko Imię Drugie imię

Imię i nazwisko świadka _____
Nazwisko Imię Drugie imię

OPIS ZAŻALENIA

INSTRUKCJE DOTYCZĄCE WYPEŁNIANIA FORMULARZA ZAŻALENIA

W celu złożenia zażalenia na lekarza (M.D. lub D.O.), asystenta lekarza lub asystenta specjalisty posiadającego pozwolenie na prowadzenie praktyki lekarskiej wydane przez stan Nowy Jork należy wypełnić niniejszy formularz i przesłać oryginał na adres:

NYS Department of Health
Office of Professional Medical Conduct
Riverview Center 150 Broadway, Suite 355
Albany, New York 12204-2719

W przypadku jakichkolwiek pytań dotyczących wypełniania niniejszego formularza należy skontaktować się z OPMC pod nr: (800) 663-6114 lub (518) 402-0836.

Przeszkolony personel zapozna się z przesłanymi informacjami. OPMC przeprowadzi dochodzenie w sprawie wszelkich kwestii dotyczących domniemanego nieprofesjonalnego, niewłaściwego zachowania. Jeśli zgłoszenie wymaga przekazania do innego biura, zostanie ono przesłane do biura upoważnionego do rozwiązania Pana/-i sprawy.

W celu ułatwienia oceny zażalenia prosimy:

- Pisać drukowanymi literami lub drukować wyraźnie przy użyciu atramentu.
- Szczegółowo opisać zażalenie.
- Uwzględnić nazwiska świadków.
- Uwzględnić nazwy innych organów, do których zostało złożone zażalenie.
- Załączyć w razie konieczności dodatkowe strony.
- Załączyć kopie dokumentacji pomocniczej. Nie przysyłać wersji oryginalnych.
- Podpisać i opatrzyć formularz datą.