

# Форма жалобы Медицинской комиссии штата Вашингтон

## Что может сделать Медицинская комиссия?

Медицинская комиссия отвечает за защиту населения путем обеспечения высоких стандартов профессионального поведения, образования, подготовки и компетентности среди врачей и помощников врача.

Мы рассматриваем и расследуем жалобы на отдельных врачей (MDs) и помощников врачей (PAs). Любой желающий может подать нам жалобу, включая представителей общественности, работодателей и прочий медицинский персонал.

## Чего не может сделать Медицинская комиссия?

Мы не можем:

- расследовать жалобы на любого, кто не является лицензированным врачом или помощником врача, например, на:
  - медсестер;
  - фармацевтов;
  - стоматологов;
  - оптиков;
  - социальных работников;
  - больницы;
  - клиники или другие организации здравоохранения;
  - учреждения;
- компенсировать или помочь вам подать иск в связи со спорами о выставлении счетов и взносов;
- предоставить юридическую или медицинскую консультацию.

## Инструкции по заполнению Формы жалобы на вашего поставщика медицинских услуг

Пожалуйста, заполните все разделы в меру своих возможностей. Если какой-то конкретный раздел не применим к вашей ситуации, просто напишите "N/A" (неприменимо) в свободном месте.

1. Обязательно укажите имя врача или помощника врача для обработки вашей жалобы. Вся остальная запрашиваемая информация является необязательной. Мы можем отправлять информацию другим государственным учреждениям, чтобы помочь им в расследованиях.
2. Укажите полное имя (пожалуйста, проверьте правильность написания) врача или помощника врача, на которого вы хотите подать жалобу. Эта жалоба не может быть рассмотрена без полного имени. Пожалуйста, обратитесь к поиску учетных данных поставщика медицинских услуг в Департаменте здравоохранения <https://go.usa.gov/xNBqs>, чтобы проверить орфографию и найти их номер лицензии.
3. Заполните и подпишите прилагаемое **Разрешение на раскрытие вашего имени / личности** и отправьте его вместе с жалобой.

## Раскрытие данных

Пожалуйста, обратите внимание, что ваша жалоба в Медицинскую комиссию и любые приложения станут публично доступными и подпадают под действие Закона о публичной информации (Свод законов штата Вашингтон с изменениями и дополнениями RCW 42.56). По запросу форма вашей жалобы, а также приложения или любые другие письменные дополнения к ней, могут быть переданы лицу, на которое вы жалуетесь.

Сегодняшняя дата: \_\_\_\_\_

| Ваша информация                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Я:                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Пациент<br><input type="checkbox"/> Подача этого сообщения от имени пациента<br><input type="checkbox"/> Лицо, сообщившее информацию (обязательно)                                                                                                                                              |
| Кем вам приходится пациент?                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Я<br><input type="checkbox"/> Брат/сестра<br><input type="checkbox"/> Друг<br><input type="checkbox"/> Другое | <input type="checkbox"/> Родитель<br><input type="checkbox"/> Адвокат пациента<br><input type="checkbox"/> Коллега<br><input type="checkbox"/> Ребенок<br><input type="checkbox"/> Работодатель<br><input type="checkbox"/> Законный опекун<br><input type="checkbox"/> Супруг(-а)<br><input type="checkbox"/> Сотрудник |
| Полное имя                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Улица и номер дома                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Город                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Штат                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Почтовый индекс                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Телефон: Домашний                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| телефон: Рабочий                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| телефон: Мобильный телефон                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Электронная почта                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Информация о пациенте                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Полное имя пациента                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Дата рождения                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Дата происшествия                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Место происшествия                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Дата(ы) оказания медицинской помощи                                                                                                    | _____ через _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |



## Информация о враче (MD) или помощнике врача (PA)

Я хочу подать жалобу на физическое лицо, указанное ниже. Я понимаю, что Медицинская комиссия не оказывает помощи гражданам, стремящимся вернуть свои деньги или ищущие другие личные средства правовой защиты. Я предоставляю эту информацию для того, чтобы Медицинская комиссия могла определить, следует ли рассматривать дисциплинарные меры в отношении лицензии этого практикующего врача.

Я понимаю, что непредоставление имени практикующего врача задержит или ограничит обработку и возможное расследование моей жалобы.

**Ставя здесь свои инициалы, вы соглашаетесь на это:** \_\_\_\_\_

|                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| Имя лечащего врача<br>(MD или PA) |  |
| Номер лицензии (если известен)    |  |
| Название клиники или учреждения   |  |
| Улица и номер дома                |  |
| Город                             |  |
| Штат                              |  |
| Почтовый индекс                   |  |
| Номер телефона                    |  |

## Сообщение о происшествии

Установите флажок, который лучше всего описывает характер вашей жалобы.

- |                                                                                   |                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Нарушение правил рекламы                                 | <input type="checkbox"/> Ошибки с внесением данных                           |
| <input type="checkbox"/> Приговор по уголовному делу                              | <input type="checkbox"/> Дискриминация                                       |
| <input type="checkbox"/> Излишнее лечение или анализы                             | <input type="checkbox"/> Неспособность контролировать персонал               |
| <input type="checkbox"/> Ненадлежащие назначения                                  | <input type="checkbox"/> Мошенничество со страхованием / выставлением счетов |
| <input type="checkbox"/> Умственные или физические нарушения                      | <input type="checkbox"/> Неправильный диагноз                                |
| <input type="checkbox"/> Неправильно заполненный/неправильно маркированный рецепт | <input type="checkbox"/> Оставление / ненадлежащий уход за пациентом         |
| <input type="checkbox"/> Качество медицинской помощи                              | <input type="checkbox"/> Грубое или деструктивное поведение                  |
| <input type="checkbox"/> Сексуальное домогательство                               | <input type="checkbox"/> Злоупотребление психоактивными веществами           |
| <input type="checkbox"/> Нелицензионная практика                                  |                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Другое                                                   |                                                                              |



|                                                                                                      |                                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| <p>Пожалуйста, объясните причину этой жалобы. При необходимости прикрепите дополнительные листы.</p> |                                                                    |
| <p>Обращались ли вы со своими проблемами к врачу / помощнику врача?</p>                              | <p><input type="checkbox"/> Да    <input type="checkbox"/> Нет</p> |
| <p>Если да, то каков был результат?</p>                                                              |                                                                    |
| <p>Какого решения вы добиваетесь от Медицинской комиссии?</p>                                        |                                                                    |

## Разрешение на разглашение вашего имени / личности

Если вы являетесь пациентом, сотрудником учреждения, где была оказана медицинская помощь, или медицинским работником, информация о вашей личности является конфиденциальной в соответствии с **RCW 43.70.075**, если только вы не откажетесь от этого права. Медицинская комиссия может быть не в состоянии расследовать случай, не раскрыв личность пациента или лица, подавшего жалобу.

Подписывая этот документ, вы отказываетесь от права на конфиденциальность и уполномочиваете Медицинскую комиссию:

- предоставить информацию о вашей личности практикующему врачу, на которого вы пожаловались;
- предоставить информацию о вашей личности другим лицам, разумно необходимым для расследования;
- предоставить информацию о вашей личности для использования в рамках любого соответствующего дисциплинарного слушания, проводимого в связи с вашей жалобой.

### Ваше согласие на отказ от прав

Настоящим я отказываюсь от прав на конфиденциальность и даю согласие на раскрытие информации о моей личности с единственной целью расследования моей жалобы и ведения производства в отношении дисциплинарных / санкционных действий.

☐ Да ☐ Нет\*

Подпись: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Имя печатными буквами: \_\_\_\_\_ (Пожалуйста, укажите инициалы с отчеством)

Дата рождения: \_\_\_\_\_

Домашний телефон: \_\_\_\_\_ Телефон, доступный в дневное время: \_\_\_\_\_

\* Я понимаю, что этот отказ может повлиять на способность Медицинской комиссии продолжать расследование этого вопроса и применить любые дисциплинарные меры.

После того, как вы заполните эту форму, пожалуйста, отсканируйте и отправьте ее по электронной почте на [Medical.complaints@wmc.wa.gov](mailto:Medical.complaints@wmc.wa.gov)

Если у вас нет доступа к электронной почте, пожалуйста, отправьте форму по адресу:

WMC Complaint Intake PO  
BOX 47866  
Olympia, WA 98504

Если вы решите добавить какие-либо дополнительные материалы к этой форме жалобы, отправленные материалы вам возвращены не будут. Если вам требуется дополнительная информация о Медицинской комиссии или о том, как обрабатывается жалоба, пожалуйста, посетите наш веб-сайт по адресу [wmc.wa.gov](http://wmc.wa.gov)