



反馈表：我们希望聆听您的体验感受！

请查看表格背面关于如何向我们发送您的反馈的说明。

安大略省湖滨精神健康科学中心欢迎来自患者、家属、来访者及公共成员的宝贵意见。如果您有任何称赞、投诉、建议或咨询，请填写以下区域：

您的身份是：（请勾选最适合的一项）：

患者 家庭成员/朋友 外部健康专业人士/代理 其他

您希望提供哪种类型的反馈：

称赞 疑问/投诉 建议 咨询/问题

如果是疑问/投诉，您是否向员工表达过您的想法？

是 否

日期： _____

请具体说明您的反馈意见：

您希望在提出反馈意见后看到哪些改进？

如果您希望得到回应，请填写以下信息：

姓名： _____

患者服务部门或计划（如适用）： _____

电话号码： _____

此号码是否接收留言？ 是 否

如果此表格由员工代表患者填写：

员工姓名： _____

部门/计划： _____ 分机号： _____

仅供员工填写：接收日期： _____

接收人： _____ 部门： _____

您向安大略省湖滨精神健康科学中心（简称“安省湖滨中心”）提供的个人信息的收集遵守《公立医院法案》R.R.O 1990, c. P.40 的规定。该信息将用于解决投诉、实行建议及回应您的反馈。在任何时候，我们都将依据《信息自由及隐私权保护法》中的规定处理您的个人信息。如果您对您的个人信息的收集有任何疑问，请参阅安省湖滨中心网站上的“隐私及权限”页面，或联系隐私及权限部门主管（700 Gordon St. Whitby, ON L1N 5S9；致电 905-430-4055 转 6712）。请注意，此表格将不会出现在患者的安省湖滨中心健康记录中。

明：

- 1) 您是否已**事先与相关部门/计划**分享过您的反馈意见？如果没有，我们建议您这样做。请先向员工，然后向部门/计划的临床经理（如有必要）表达您的意见。
- 2) 如果您**不想**向部门/计划提出反馈意见，**或者**
- 3) 如果您已经与部门/计划分享过您的反馈，但**未取得令您满意的结果**：

填写此反馈表格

请将此表格以邮件、电子邮件或传真的方式发送至或当面交予同伴支持专家（Peer Support Specialists），或交予患者体验办公室。您也可致电患者体验办公室。我们的联系方式如下：

Ontario Shores Centre for Mental Health Sciences
Patient Experience Office, Building 3, Level 1
700 Gordon Street
Whitby, ON L1N 5S9

电话：905-430-4055 转 6703

传真：905-430-4059

电子邮件：PatientExperience@ontarioshores.ca

我们衷心感谢您的反馈！