



## 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。

安大略省湖濱精神健康科學中心歡迎來自患者、家屬、來訪者及公共成員的寶貴意見。如果您有任何稱讚、投訴、建議或諮詢，請填寫以下區域：

您的身份是：（請勾選最適合的一項）：

患者       家庭成員/朋友       外部健康專業人士/代理       其它

您希望提供哪种类型的反馈：

稱讚       疑問/投訴       建議       諮詢/問題

如果是疑問/投訴，您是否向員工表達過您的想法？

是       否

日期： \_\_\_\_\_

請具體說明您的反饋意見：

---

---

您希望在提出反饋意見後看到哪些改進？

---

---

如果您希望得到回應，請填寫以下資訊：

姓名： \_\_\_\_\_

患者服務部門或計畫（如適用）： \_\_\_\_\_

電話號碼： \_\_\_\_\_

此號碼是否接收留言？       是       否

如果此表格由員工代表患者填寫：

員工姓名： \_\_\_\_\_

部門/計畫： \_\_\_\_\_ 分機號： \_\_\_\_\_

僅供員工填寫：接收日期： \_\_\_\_\_

接收人： \_\_\_\_\_ 部門： \_\_\_\_\_

您向安大略省湖濱精神健康科學中心（簡稱「安省湖濱中心」）提供的個人資訊的收集遵守《公立醫院法案》R.R.O 1990, c. P.40 的規定。該資訊將用於解決投訴、實行建議及回應您的回饋。在任何時候，我們都將依據《資訊自由及隱私權保護法》中的規定處理您的個人資訊。如果您對您個人資訊的收集有任何疑問，請參閱安省湖濱中心網站上的「隱私及許可權」頁面，或聯繫隱私及許可權部門主管（700 Gordon St. Whitby, ON L1N 5S9；致電 905-430-4055 轉 6712）。請注意，此表格將不會出現在患者的安省湖濱中心健康記錄中。

### 說明：

- 1) 您是否已**事先與相關部門/計畫**分享過您的回饋意見？如果沒有，我們建議您這樣做。請先向員工，然後向部門/計畫的臨床經理（如有必要）表達您的意見。
- 2) 如果您**不想**向部門/計畫提出回饋意見，**或者**
- 3) 如果您已經與部門/計畫分享過您的回饋，但**未取得令您滿意的結果**：

### 填寫此回饋表格

請將此表格以郵件、電子郵件或傳真的方式發送至或當面交予同伴支援專家（Peer Support Specialists），或交予患者體驗辦公室。您也可致電患者體驗辦公室。我們的連絡方式如下：

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

電話：905-430-4055 轉 6703

傳真：905-430-4059

電子郵件：PatientExperience@ontarioshores.ca

**我們衷心感謝您的回饋！**