



**The Door – A Center of Alternatives, Inc.
Adolescent Health Center**

FORMULAIRE DE RETOUR DES PATIENTS

Coordonnées

Nom du patient : _____

Numéro d'identification Door : _____

Adresse électronique : _____

Numéro de téléphone : _____

Cochez ici si vous ne souhaitez pas fournir vos coordonnées

Catégorie

Veillez cocher toutes les réponses applicables :

Soins cliniques Service clientèle Confidentialité / HIPAA Sécurité / Objet perdu

Autre (veuillez préciser) : _____

Commentaires

Date / Heure de l'événement : _____

Nom du personnel impliqué: _____

Description de l'événement : _____

(Veuillez continuer sur une feuille séparée si nécessaire)

Résultat souhaité: _____

Je comprends que le personnel chargé d'enquêter sur mes commentaires puisse avoir besoin de consulter et d'examiner des dossiers médicaux, et je comprends que toutes les informations seront tenues confidentielles. Je comprends également que ces commentaires n'auront aucune incidence sur les soins fournis à l'Adolescent Health Center.

Signature du patient: _____

Date: _____

**Merci d'avoir pris le temps de porter votre plainte à notre attention.
Vous devriez recevoir une réponse dans un délai de cinq
(5) jours ouvrables.**

Veillez retourner le formulaire avant le:

- Mail – The Door AHC, Attn: Patient Feedback, 121 Avenue of the Americas, New York, NY 10013
- Email – PatientFeedback@door.org – Subject Line: Patient Feedback
- Fax – 212-941-9614 - Attn: Patient Feedback