

**Заполните разборчиво печатными буквами все разделы данной формы и отправьте ее по адресу:**

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

**(На этой форме должен стоять оригинал вашей подписи)**

Все сообщения о нарушениях являются конфиденциальными и защищены от разглашения в соответствии с разделами 230(10)(a)(v) и 230(11)(a) Закона о здравоохранении штата Нью-Йорк. В соответствии с разделом 230(11)(b) ни один человек, сообщающий или предоставляющий информацию Совету профессионального врачебного поведения добросовестно и без злого умысла, не подлежит взысканию убытков в гражданском порядке или иным средствам правовой защиты в результате сообщения.

**Перед заполнением этой формы ознакомьтесь с инструкциями на стр. 4.**

**ИНФОРМАЦИЯ О ВАС**

Имя и фамилия \_\_\_\_\_  
Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ 2-й инициал \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_  
Номер дома и название улицы \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Телефон (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_  
Телефон для связи в дневное время \_\_\_\_\_ Телефон для связи в вечернее время \_\_\_\_\_

**ВАША ЖАЛОБА НА ВРАЧА ИЛИ МЕДИЦИНСКУЮ СЕСТРУ**

Имя и фамилия врача /медицинской сестры \_\_\_\_\_  
Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ 2-й инициал \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_  
Номер дома и название улицы \_\_\_\_\_ Город \_\_\_\_\_ Штат \_\_\_\_\_ Почтовый индекс \_\_\_\_\_

Телефон (\_\_\_\_\_) - \_\_\_\_\_

**ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ (-АХ)**

\*\* Можно добавить дополнительные имена пациентов на отдельном листе бумаги.

Имя и фамилия пациента (-ов) \_\_\_\_\_  
Фамилия \_\_\_\_\_ Имя \_\_\_\_\_ 2-й инициал \_\_\_\_\_

Дата рождения \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Месяц \_\_\_\_\_ День \_\_\_\_\_ Год \_\_\_\_\_





## ИНСТРУКЦИИ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ ЖАЛОБЫ

Чтобы подать жалобу на врача (доктора медицинских наук или доктора ортопедии), медицинскую сестру или помощника специалиста, имеющего выданную штатом Нью-Йорк лицензию на медицинскую практику, заполните эту форму и отправьте оригинал по адресу:

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

Если у вас есть какие-либо вопросы, касающиеся заполнения этой формы, обращайтесь в Управление профессионального врачебного поведения по номеру: (800) 663-6114 или (518) 402-0836.

Отправленную вами информацию рассмотрит квалифицированный персонал. Управление профессионального врачебного поведения будет расследовать все вопросы возможного нарушения профессионального поведения. Если ваша жалоба требует внимания другого управления, ее отправят в управление, уполномоченное решать такие проблемы.

Чтобы помочь нам в рассмотрении вашей жалобы, сделайте следующее.

- Напечатайте или напишите ее чернилами разборчиво печатными буквами.
- Опишите вашу жалобу полностью.
- Укажите имена всех свидетелей.
- Укажите названия других агентств, куда вы направили жалобу.
- При необходимости добавьте страницы.
- Приложите копии подтверждающих документов. Не посылайте оригиналы.
- Поставьте на форме подпись и дату.