



Complaint Registration Form

استمارة تسجيل شكوى

Date of Complaint Submission:	تاريخ تقديم الشكوى:
Patient's Details	بيانات المريض
Full Name:	الاسم الثلاثي:
Age:	العمر
Sex:	الجنس
ID / Passport No.	رقم البطاقة الشخصية/ الجواز
Address:	العنوان
Phone No.	رقم الهاتف
E.mail:	البريد الالكتروني
Applicant details (if different than patient)	بيانات مقدم الشكوى (إذا لم يكن المريض نفسه)
Full Name	الاسم الثلاثي:
Age	العمر
Sex	الجنس
ID / Passport No.	رقم البطاقة الشخصية/ الجواز
Address	العنوان
Phone No.	رقم الهاتف
E.mail	البريد الالكتروني
Relative Relation:	صلة القرابة:
Complaint Details	تفاصيل المشتكى ضده
The Complainant is against: <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> Nurse <input type="checkbox"/> Allied Health <input type="checkbox"/> Pharmacist <input type="checkbox"/> Health Establishment <input type="checkbox"/> Others _____	الشكوى ضد: <input type="checkbox"/> طبيب <input type="checkbox"/> ممرض <input type="checkbox"/> مهن طبية مساعدة <input type="checkbox"/> صيدلي <input type="checkbox"/> مؤسسة صحية <input type="checkbox"/> أخرى _____
Name of Health Establishment / Establishments (with address) 1- _____ 2- _____ 3- _____	اسم المؤسسة الصحية / المؤسسات الصحية (مع العنوان) -1 _____ -2 _____ -3 _____
Name of Healthcare provider (s) with specialty (if known) 1- _____ 2- _____ 3- _____	اسم مقدم / مقدمو الرعاية الصحية (مع ذكر التخصص ان وجد) -1 _____ -2 _____ -3 _____
Date of Event _____	تاريخ حدوث الواقعة:



المديرية العامة للمؤسسات الصحية الخاصة
Directorate General of Private
Health Establishments



وزارة الصحة
Ministry of Health

Complaint Registration Form

استمارة تسجيل شكوى

Have you filed a complaint to a judicial
authority: Yes No

If yes, specify:

Have you discussed the complaint with health
establishment's administration? Yes No

If Yes, What was the response?

هل قمت بتقديم الشكوى في الجهات القضائية؟ نعم لا

إذا نعم؛ حدد الجهة

هل ناقشت إدارة المؤسسة الصحية عن الشكوى؟ نعم لا

إذا نعم؛ ماذا كان الرد؟

Complaint Summary

ملخص الشكوى



Complaint Registration Form

استمارة تسجيل شكوى

Attachments: <input type="checkbox"/> Medical report <input type="checkbox"/> Copy of medical file <input type="checkbox"/> Copy of medical lab results <input type="checkbox"/> Copy of radiology films <input type="checkbox"/> Copy of personal photos (affected body's part)	المرفقات: <input type="checkbox"/> تقرير طبي <input type="checkbox"/> نسخة من الملف الطبي <input type="checkbox"/> نسخة من نتائج الفحوصات المخبرية <input type="checkbox"/> نسخة من صور الأشعة <input type="checkbox"/> نسخة من صور شخصية (لجزء الجسم المتضرر)
Approval for information provision	الموافقة لتقديم المعلومات
I acknowledged that all information and attachments submitted is true and complete to my knowledge. Patient name: _____ Signature: _____ Applicant Name(if different than patient): _____ Signature: _____	أقر بأن جميع البيانات والمرفقات المقدمة صحيحة وكاملة حسب معلوماتي اسم المريض: _____ التوقيع: _____ اسم مقدم الشكوى (ان لم يكن المريض): _____ التوقيع: _____
Important Notes	ملاحظات مهمة
<ul style="list-style-type: none">➤ All information is treated discreetly and with credibility.➤ A written notification will be sent on receipt of the complaint.➤ You will be notified with the result upon completion of the investigation. <p>The following is not within the jurisdiction of the DGPHE:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Consider claims for financial compensation or provide any financial compensation.➤ Retrieve the fees/cost of treatment or provide treatment.	<ul style="list-style-type: none">➤ تعامل جميع المعلومات المقدمة بسرية ومصداقية تامة➤ سيتم ارسال اليكم اخطار باستلام الشكوى➤ سيتم اعلامكم بالنتيجة بخطاب رسمي فور الانتهاء من التحقيق. <p>ليس من ضمن نطاق عمل المديرية:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ النظر في المطالبات بالتعويضات المادية عن الأخطاء او تقديم اي نوع من التعويضات.➤ استرجاع رسوم /تكاليف العلاج، او تقديم العلاج.



Complaint Registration Form

استمارة تسجيل شكوى

- Intervene in the current treatment of the patient, as its role is limited to the review of the procedures carried out at the facility under investigation.
- Specify or give any recommendation regarding treatment fees.
- In case the complainant wants to withdraw the complaint, a complaint withdrawal form has to be signed.
- The DGPHE has the right to continue the investigation even if the complaint is withdrawn to preserve public interest.
- In case the complainant is unable to provide the authorization, his/her legal representative or a first degree relative can do it on his behalf.
- The DGPHE will not consider the complaints that are not within its jurisdiction, and you will be notified of the relevant authorities if possible.

- التدخل في العلاج الحالي للمريض، حيث يقتصر دورها على مراجعة الإجراءات التي تم تقديمها في المؤسسة الصحية محل الشكوى.
- تحديد رسوم العلاج أو اعطاء اي توصيات بشأنها.
- في حالة الرغبة في سحب الشكوى، يجب على مقدم الشكوى التوقيع على نموذج سحب الشكوى.
- المديرية لها الحق في مواصلة التحقيق في الشكوى حتى عند سحبها وذلك حفاظا على المصلحة العامة
- في حالة عدم قدرة المشتكي تقديم الشكوى بنفسه بالامكان تقديمها عن طريق الوصي (او ولي الامر) ان كان قاصرا او احد اقربانه من الدرجة الأولى
- لن يتم النظر في الشكاوى التي تقع خارج نطاق عمل المديرية ولكن قد يتم اخطاركم بالجهات المعنية ان امكن ذلك