



Complaint Registration Form

إستمارة 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 الإلكتروني
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 الإلكتروني
Relative Relation:	صلة القرابة:
Complaint Details	تفاصيل الشكوى
<p>The Complainant is against:</p> <p><input type="checkbox"/> Doctor</p> <p><input type="checkbox"/> Nurse</p> <p><input type="checkbox"/> Allied Health</p> <p><input type="checkbox"/> Pharmacist</p> <p><input type="checkbox"/> Health Establishment</p> <p><input type="checkbox"/> Others _____</p>	<p>الشكوى ضد:</p> <p><input type="checkbox"/> طبيب</p> <p><input type="checkbox"/> ممرض</p> <p><input type="checkbox"/> مهن طبية مساعدة</p> <p><input type="checkbox"/> صيدلي</p> <p><input type="checkbox"/> مؤسسة صحية</p> <p><input type="checkbox"/> أخرى _____</p>
<p>Name of Health Establishment / Establishments (with address)</p> <p>1- _____</p> <p>2- _____</p> <p>3- _____</p>	<p>اسم المؤسسة الصحية / المؤسسات الصحية (مع العنوان)</p> <p>1- _____</p> <p>2- _____</p> <p>3- _____</p>
<p>Name of Healthcare provider (s) with specialty (if known)</p> <p>1- _____</p> <p>2- _____</p> <p>3- _____</p>	<p>اسم مقدم / مقدمو الرعاية الصحية (مع ذكر التخصص ان وجد)</p> <p>1- _____</p> <p>2- _____</p> <p>3- _____</p>

This image shows a single sheet of white paper with horizontal black ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on its right side, suggesting it is resting on a surface.



Complaint Registration Form

إستمارة تسجيل شكوى

Have you visited another health establishment (government or private) for the same medical condition related to this complaint? Yes No

If Yes, what it is the name of health establishment and result of that visit?

هل قمت بزيارة مؤسسة صحية أخرى (حكومية أو خاصة) لمعالجة نفس الحالة المرضية محل الشكوى؟ نعم لا

إذا نعم؛ اذكر اسم المؤسسة الصحية وما هي نتيجة الزيارة لهذه المؤسسة؟

Attachments:

- ☐ Medical report
- ☐ Copy of medical file
- ☐ Copy of medical lab results
- ☐ Copy of radiology films
- ☐ Copy of personal photos (affected body's part)

المرفقات:

- ☐ تقرير طبي
- ☐ نسخة من الملف الطبي
- ☐ نسخة من نتائج الفحوصات المخبرية
- ☐ نسخة من صور الأشعة
- ☐ نسخة من صور شخصية (لجزء الجسم المتضرر)

Approval for information provision

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: _____

الموافقة لتقديم المعلومات

أقر بأن جميع البيانات والمرفقات المقدمة صحيحة وكاملة حسب معلوماتي

اسم المريض: _____

التوقيع: _____

اسم مقدم الشكوى (ان لم يكن المريض): _____

التوقيع: _____

Important Notes

- 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.

ملاحظات مهمة

- تعامل جميع المعلومات المقدمة بسرية ومصادقية تامة
- سيتم ارسال اليكم اخطار باستلام الشكوى
- سيتم اعلامكم بالنتيجة بخطاب رسمي فور الانتهاء من التحقيق.



Complaint Registration Form

إستمارة تسجيل شكوى

The following is not within the jurisdiction of the DGPHE:

- Consider claims for financial compensation or provide any financial compensation.
- Retrieve the fees/cost of treatment or provide treatment.
- 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.

ليس من ضمن نطاق عمل المديرية:

- النظر في المطالبات بالتعويضات المادية عن الأخطاء أو تقديم اي نوع من التعويضات.
- استرجاع رسوم /تكاليف العلاج، أو تقديم العلاج.
- التدخل في العلاج الحالي للمريض، حيث يقتصر دورها على مراجعة الاجراءات 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 اقربائه من الدرجة الأولى
- لن يتم النظر في الشكاوى التي تقع خارج نطاق عمل المديرية ولكن قد يتم اخطاركم بالجهات المعنية ان امكن ذلك