

## Formulario di keho

1. Bo persona ta satisfecho cu e calidad di e servicio brinda? **SI** **NO**
2. Bo persona ta desea di haci un keho encuanto e servicio brinda? **SI** **NO**
3. E keho ta trata di un servicio cu a wordo brinda na bo persona? **SI** **NO**
4. Fecha di e suceso?
5. Bo keho ta trata di un servicio brinda na cua departamento di ImSan?
  - Spoed Eisende Hulp
  - Ambulance
  
  - Hemodialyse
  - Peritoneale dialyse
  
  - Centro Diabetico
  - Oog Poli
  - Röntgen
  
  - Sala di Operacion
  - Radiotherapia/Oncologia
  - Otro, esta, ...
6. Por fabor duna un descripcion breve di e suceso.

7. Bo persona ta desea un cita cu e funcionario di keho pa atende e caso?

- Personal
- Via Telefon
- NO

*Si bo ta desea un cita cu e funcionario de keho, por favor suministra bo datonan personal (of di e persona cu bo ta representa). Di e manera aki bo persona ta autorisa e funcionario di keho pa haci uzo di e datonan y tambe di bo informacion medico cu ta relevante na e caso. Tur dato y informacion di bo persona lo wordo trata confidencialmente.*

**Number y Fam:** \_\_\_\_\_

**Fecha di Nacemento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

**Number di Telefon:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Number di AZV:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

*\*Por favor yena tambe e datonan di e persona cu bo ta representa.*

**Number y Fam:** \_\_\_\_\_

**Fecha di Nacemento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

**Number di Telefon:** \_\_\_\_\_ **E-mail:** \_\_\_\_\_

**Number di AZV:** \_\_\_\_\_

*Danki pa yena e formulario di keho. E formulario aki ta sirbi como confirmacion cu nos a ricibi bo keho. Nos ta compromete nos mes pa resolve tur keho cu por surgi y siña di tur remarca cu nos ricibi. Nos lo tuma contacto cu bo persona den 3 dia di trabao pa notifica con nos lo sigui procesa bo keho. Nos ta trata di completa ful e investigacion den 6 siman. Den e caso cu nos no logra den 6 siman, nos lo informabo di e motibo pa e tardanza.*