

रोगी शिकायत फॉर्म

यह फॉर्म एक चिकित्सक के बारे में सामान्य चिकित्सा परिषद् को अति गोपनीय रूप से शिकायत करने के लिए है।

आप इस फॉर्म का उपयोग नहीं करते हैं, लेकिन यदि आप करते हैं तो, आपकी शिकायत पर शीघ्र विचार-विमर्श करने में यह हमारे लिए सहायक होगा। यदि आप कुछ पूछना चाहते हैं तो 0161 923 6602 एक हैल्पलाइन नम्बर है।

फॉर्म को भरने से पूर्व, कृपया आप हमारी पुस्तिका **एक चिकित्सक की शिकायत कैसे करें पढ़ें**।

कृपया फॉर्म को नीली अथवा काली स्याही से, बड़े अक्षरों में, हमें अधिकाधिक विवरण देते हुए भरें।

आपके विवरण

शीर्षक (श्री, श्रीमति, कुमारी आदि) आपका पूरा नाम

आप कौन हैं (उदाहरणार्थ : रोगी, रोगी के रिश्तेदार, रोगी के नजदीकी, रोगी के वकील, आदि)

रोगी का पूरा नाम (यदि आप रोगी नहीं हैं)

रोगी की जन्म तिथि

लिंग (पु./स्त्री)

यदि आप रोगी की ओर से शिकायत कर रहे हैं तो, आपको नीचे दी गई घोषणा में अपना पूरा नाम, तथा हस्ताक्षर एवं दिनांक लिखने की आवश्यकता होगी।

मैं मेरी ओर से शिकायत कराने के लिए सहमत हूँ। मैं सहमत हूँ वे मेरे चिकित्सा आंकड़े एवं अन्य सूचनाएं, जो इस शिकायत से सम्बन्धित हो सकती हैं, देख सकते हैं।

रोगी के हस्ताक्षर

दिनांक

आपका पता

कस्बा

काउंटी

पोस्टकोड

एसटीडी कोड

दिन के समय आपका फोन नम्बर

यदि आपके पास है तो, आपका मोबाईल नम्बर

यदि आपके पास है तो, आपका फ़ैक्स नम्बर

यदि आपके पास है तो, आपका ई-मेल पता

General
Medical
Council

Regulating doctors
Ensuring good medical practice

आपकी शिकायत के विवरण

जारी >

यदि आवश्यक हो तो, एक तो पृथक शीट पर जारी रखें एवं उसे इस फॉर्म के साथ मजबूती से संलग्न करें।
यदि आपने पृथक शीट पर जारी रखा है तो कृपया यहां निशान लगाएं।

यदि आपके पास कोई प्रलेख हैं, जैसे पत्र, चिकित्सीय आंकड़े जो आपकी शिकायत की पुष्टी करते हो, कृपया प्रतिलिपियां संलग्न करें एवं उन्हें यहां सूचीबद्ध करें। यदि आप चाहेंगे तो हम मूल प्रलेखों की प्रतिलिपि करवाते ही आपको वे प्रलेख वापस कर देंगे।

चिकित्सीय आंकड़ों की सहमति

आपकी शिकायत पर विचार-विमर्श करने के लिए हमें रोगी के चिकित्सीय आंकड़ों की प्रतिलिपियां प्राप्त करने की आवश्यकता हो सकती है। ऐसा करने के लिए, हमें रोगी, उसके संरक्षक अथवा कानूनी प्रतिनिधि की सहमति की आवश्यकता होगी। हमें आपके द्वारा अस्पताल अथवा उस सर्जरी का/के नाम जानने की आवश्यकता होगी जहाँ शिकायत से सम्बद्ध आंकड़े रखे हैं।

हमें चिकित्सीय आंकड़ों की आवश्यकता नहीं है लेकिन, यदि हम ऐसा करते हैं तो, इससे समय की बचत होगी अगर आप इस चरण पर अपनी सहमति प्रदान करें।

यदि आप रोगी हैं तो इस खंड में हस्ताक्षर करें एवं दिनांक लिखें।

मैं GMC को मेरी शिकायत से सम्बन्धित विचार – विमर्श करने के लिए अपने चिकित्सीय आंकड़ों की प्रतिलिपि देखने की सहमति प्रदान करता हूँ।

हस्ताक्षर

दिनांक

यदि रोगी उम्र 16 साल से कम है तो, यह फॉर्म माता-पिता अथवा संरक्षक द्वारा भरा जाना चाहिये।

मेरा नाम है

एवं मैं GMC को नीचे लिखे गये रोगी के चिकित्सीय आंकड़ों की प्रतिलिपियों को देखने की आज्ञा देता हूँ

रोगी की जन्मतिथि

रोगी की जन्मतिथि

GMC को इस शिकायत से सम्बद्ध विचार-विमर्श के दौरान।

हस्ताक्षर

दिनांक

मैं कौन हूँ

(उदाहरणार्थ : रोगी, रोगी के रिश्तेदार, रोगी के नजदीकी, रोगी का वकील आदि)

यदि रोगी मर चुका है तो, उनके नजदीकी अथवा कानूनी प्रतिनिधि द्वारा यह फॉर्म भरा जाना चाहिये।

मेरा नाम है

एवं मैं GMC को नीचे लिखे गये रोगी के चिकित्सीय आंकड़ों की प्रतिलिपियों को देखने की आज्ञा देता हूँ

रोगी की जन्मतिथि

रोगी की जन्मतिथि

रोगी की मृत्यु की तिथि

GMC द्वारा इस शिकायत से सम्बद्ध विचार-विमर्श के दौरान। मैं सत्यापित करता हूँ कि मुझे यह आज्ञा देने का कानूनी अधिकार है।

हस्ताक्षर

दिनांक

मैं कौन हूँ

(उदाहरणार्थ : रोगी के नजदीकी, कानूनी प्रतिनिधि आदि। आपको इसका प्रमाण देने की आवश्यकता हो सकती है, उदाहरण के लिए प्राधिकार – पत्र)

अस्पताल/सर्जरी का नाम जहाँ आंकड़े रखे गये हैं (यदि आपको इसकी जानकारी है)

पड़ताल सूची

यह सुनिश्चित करें कि आपने :

- हमें सम्बन्धित चिकित्सक के पूरे नाम दे दिये हैं
- अपनी शिकायत यथासम्भव पूर्ण रूप से वर्णित की है
- किसी अन्य संगठन को शिकायत करने के परिणामस्वरूप भेजे गये अथवा प्राप्त किये गये किन्ही पत्रों को संलग्न कर दिया है
- किन्ही अन्य सहायक प्रमाणों को संलग्न कर दिया है, जैसे चिकित्सीय आंकड़े
- अपना नाम एवं, यदि सम्भव हो तो, दिन के समय का फोन नम्बर दे दिया है
- प्रकटीकरण खंड में घोषणा एवं सहमति को भर दिया है एवं उस पर हस्ताक्षर कर दिये हैं
- चिकित्सीय आंकड़ों की सहमति खंड को भर दिया है एवं उस पर हस्ताक्षर कर दिये हैं
- जाँच लिया है कि इस फॉर्म के सभी छः पेज भरे हुए एवं संलग्न हैं

जब आप यह फॉर्म पूरा भर लें तो,
कृपया इसे:

सेवा की उपयुक्तता

General Medical Council

3 Hardman Street

Manchester

M3 3AW

अथवा हमें 0161 923 6578 पर फ़ैक्स करें

यदि आप हमारी शिकायतों से सम्बद्ध प्रक्रियाओं के बारे में और अधिक जानकारी प्राप्त करना चाहते हैं तो, कृपया हमारी वेबसाइट

www.gmc-uk.org पर मिलें

अथवा हमसे **0161 923 6602** पर संपर्क करें

इस फॉर्म को पूर्ण करने के लिए धन्यवाद। हमारा उद्देश्य आपकी शिकायत प्राप्त होने के दो सप्ताह के भीतर आपको जवाब देना अथवा प्रगति रिपोर्ट भेजना है।

General
Medical
Council

Regulating doctors
Ensuring good medical practice