

# 香港医务委员会

## 投诉注册医生表格

(请将已填妥的投诉表格以下列方式提交至医委会秘书处：

### 个人资料详情

邮寄至香港湾仔爱群道32号爱群商业大厦14楼1408室或电邮至mc-complaint@dh.gov.hk或传真至2243 3353)

1. 姓名: \_\_\_\_\_

2. 地址: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. 日间手提电话号码: \_\_\_\_\_ 4. 住宅电话号码: \_\_\_\_\_

5. 电邮地址: \_\_\_\_\_

6. 传真号码: \_\_\_\_\_

7. 你是否投诉事件中所述的病人? (若「是」, 请回答第 10 题)  是  否

8. 你是否代他人作出投诉?  是  否

9. 若「是」, 你与该病人有何关系?

\_\_\_\_\_

### 医生资料详情

10. 你投诉的医生的全名:

A \_\_\_\_\_

B \_\_\_\_\_

C \_\_\_\_\_

11. 医生诊所的地址 (若知道的话)。

医生A \_\_\_\_\_

医生B \_\_\_\_\_

医生C \_\_\_\_\_

### 投诉详情

12. 你的投诉是什么？请加以说明，若有可能，请述明：

- 事件的确实情况；及
- 事发日期。

(如有需要，请另页填写)



13. 你是否有任何支持你投诉的文件(如信件或病历?) 若有的话, 请将副本送交我们, 并在下面一一列出。我们亦可应你的要求在影印后把文件正本交还给你。

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_

14. 是否有其他人目睹或听见你投诉的事情发生? 若有的话, 请将其姓名在下面一一列出, 并说明各人在事件中的角色。

\_\_\_\_\_

15. 这些人是否愿意向我们呈交书面陈述?

不知道       是       否

16. 我们会透过文件往来处理大部分的投诉, 但若有必要, 你是否准备在公开研讯中就你的投诉担任证人。

是       否

17. 你是否曾经就此事向其他机构(例如医管局)作出投诉或采取民事诉讼? 若「否」, 请回答第 19 题。

是       否

18. 若「是」，请列出曾作出投诉的机构，并简述有关机构处理你投诉的情况，连同你与有关机构之间的来往信件副本一并交来。

---

---

---

---

19. 若你的投诉并非医务委员会职能范围内的事情，你是否同意我们将投诉转介有关的机构？

是       否

20. 请在下面签署及填上日期。

签署： \_\_\_\_\_

日期： \_\_\_\_\_

谢谢你填妥这份表格，我们的目标是在收到投诉后的 10 个工作日内通知你我们已收到投诉。我们会在医务委员会作出决定后向你回覆。请在寄出或送递这份表格前先核对下列清单。

你是否已办妥下列各项？

- 已提供可识别有关医生身分的详细资料。
- 已说明投诉的内容。
- 已说明事发日期。
- 已将你曾经作出投诉的其他机构之间的来往信件送交我们。
- 已将如医疗纪录等其他支持证据送交我们。
- 已提供你的姓名及(若有可能)日间手提电话号码。
- 已在表格上签署及填上日期。

《收集个人资料声明》：

1. 你可自愿向香港医务委员会提供你的个人资料。你所提供的个人资料，将只会用于与你的投诉直接有关的用途，并可能会转移给处理本个案而接触的人士或机构。
2. 根据《个人资料(私隐)条例》，你有权要求查阅及更改你所提供的个人资料。如欲查阅或更改个人资料，请以书面向香港医务委员会秘书处提出，地址为香港香港仔黄竹坑道 99 号香港医学专科学院赛马会大楼 4 楼。