

香港醫務委員會

投訴註冊醫生表格

(請將已填妥的投訴表格以下列方式提交至醫委會秘書處：

郵寄至香港灣仔愛群道32號愛群商業大廈14樓1408室或電郵至mc-complaint@dh.gov.hk或傳真至2243 3353)

個人資料詳情

1. 姓名: _____

2. 地址: _____

3. 日間手提電話號碼: _____ 4. 住宅電話號碼: _____

5. 電郵地址: _____

6. 傳真號碼: _____

7. 你是否投訴事件中所述的病人？(若「是」，請回答第 10 題) 是 否

8. 你是否代他人作出投訴？ 是 否

9. 若「是」，你與該病人有何關係？

醫生資料詳情

10. 你投訴的醫生的全名：

A _____

B _____

C _____

11. 醫生診所的地址 (若知道的話)。

醫生 A _____

醫生 B _____

醫生 C _____

投訴詳情

12. 你的投訴是什麼？請加以說明，若有可能，請述明：

- 事件的確實情況；及
- 事發日期。

(如有需要，請另頁填寫)

13. 你是否有任何支持你投訴的文件(如信件或病歷?) 若有的話, 請將副本送交我們, 並在下面一一列出。我們亦可應你的要求在影印後把文件正本交還給你。

1 _____

2 _____

3 _____

14. 是否有其他人目睹或聽見你投訴的事情發生? 若有的話, 請將其姓名在下面一一列出, 並說明各人在事件中的角色。

15. 這些人是否願意向我們呈交書面陳述?

不知道 是 否

16. 我們會透過文件往來處理大部分的投訴, 但若有必要, 你是否準備在公開研訊中就你的投訴擔任證人。

是 否

17. 你是否曾經就此事向其他機構(例如醫管局)作出投訴或採取民事訴訟? 若「否」, 請回答第 19 題。

是 否

18. 若「是」，請列出曾作出投訴的機構，並簡述有關機構處理你投訴的情況，連同你與有關機構之間的來往信件副本一併交來。

19. 若你的投訴並非醫務委員會職能範圍內的事情，你是否同意我們將投訴轉介有關的機構？

是 否

20. 請在下面簽署及填上日期。

簽署： _____

日期： _____

謝謝你填妥這份表格，我們的目標是在收到投訴後的 10 個工作天內通知你我們已收到投訴。我們會在醫務委員會作出決定後向你回覆。請在寄出或送遞這份表格前先核對下列清單。

你是否已辦妥下列各項？

- 已提供可識別有關醫生身分的詳細資料。
- 已說明投訴的內容。
- 已說明事發日期。
- 已將你曾經作出投訴的其他機構之間的來往信件送交我們。
- 已將如醫療紀錄等其他支持證據送交我們。
- 已提供你的姓名及(若有可能)日間手提電話號碼。
- 已在表格上簽署及填上日期。

《收集個人資料聲明》：

1. 你可自願向香港醫務委員會提供你的個人資料。你所提供的個人資料，將只會用於與你的投訴直接有關的用途，並可能會轉移給處理本個案而接觸的人士或機構。
2. 根據《個人資料(私隱)條例》，你有權要求查閱及更改你所提供的個人資料。如欲查閱或更改個人資料，請以書面向香港醫務委員會秘書處提出，地址為香港香港仔黃竹坑道 99 號香港醫學專科學院賽馬會大樓 4 樓。