



مركز لنكن لطب الأسرة

إستمارة تقديم طلب الالتحاق بالمجلس الإستشاري للمريض وللأسرة

الأسم _____

العنوان _____

المدينة _____ الولاية: _____ الرمز البريدي _____

وسيلة الأتصال المفضلة _____: البيت _____ الدائرة _____ الهاتف المحمول _____ الإيميل _____

شيء آخر (يرجى تحديده) _____

هاتف المنزل: _____ هاتف المكتب _____

الهاتف المحمول _____ الإيميل _____

اللغة الأولى: _____ الإنكليزية _____ الأسبانية _____ الفيتنامية _____ العربية _____ الفرنسية _____

_____ لغة أخرى (يرجى تحديدها) _____

يرجى تخصيص بضعة دقائق للإجابة على الأسئلة التالية والتي تساعدنا على معرفتك أكثر.

1. هل أنت _____ مريض _____ فرد من أفراد أسرة المريض _____

2. نحن نعترف أن مرضانا ومستشاري الأسرة يعيشون حياة مزدحمة بالأشغال. ما هو الوقت الذي يمكن أن تخصصه للعمل كمستشار للمريض وللأسرة كل شهر؟ (ضع إشارة على واحدة)

_____ أقل من ساعة واحدة كل شهر _____ ساعة واحدة الى ساعتين كل شهر

_____ ثلاث الى أربع ساعات كل شهر _____ أكثر من أربع ساعات كل شهر

3. هل ستكون حاضراً للمشاركة في 10 إجتماعات شهريا ولمدة سنة واحدة؟ (يمكنك أن تكون مستشاراً حتى لو كان جوابك كلا)

_____ نعم _____ كلا

إذا كان جوابك نعم، ما هي الأوقات المناسبة أكثر لك (إختر كل ما يناسبك)؟

_____ الصباح _____ بعد الظهر _____ المساء _____ وقت آخر (يرجى تحديده) _____

4. كيف تود أن تساعد؟ أريد أن أساعد في (ضع إشارة على كل المجالات التي تهتم بها)

_____ تطوير ومراجعة معلومات المرضى وأفراد الأسرة.

_____ تقوية دور المريض والأسرة عند إتخاذهم لقرار يتعلق بأمر صحي.

_____ مراجعة الإجراءات وتقديم البيانات لتحسين تجربة العناية بالمرضى

_____ مجالات أخرى للأهتمام (يرجى وصفها)

يرجى إخبارنا شيئاً عن نفسك

6. لماذا تود أن تقدم خدمة كمستشار للمريض وللأسرة،

7. ما هي بعض الأشياء التي تود أن ترى مركز لنكن لطب الأسرة يؤديها بشكل مختلف من أجل مساعدة المرضى وأسرههم بشكل أفضل؟

8. ما هي التحسينات الإيجابية في رعاية المرضى التي تود أن تراها لدى مركز لنكن لطب الأسرة والتي جاءت نتيجة مشاركتك في المجلس الإستشاري للمريض وللأسرة؟

8. هل تعرف أي شخص أو أسرة تود أن تعمل كمستشارة؟ إذا كان الجواب نعم، يرجى تزويدنا بمعلومات عن الإتصال بهم:

الإسم: _____
رقم الهاتف: _____ الإيميل: _____

رقم الإسم: _____
الهاتف: _____ الإيميل: _____

يرجى إعادة هذه الإستمارة بعد ملئها عن طريق البريد أو الفاكس أو الإيميل (بالطريقة التي تفضلها) وعلى العنوان التالي:

الى: السيدة كيلى مادكارو
LMEP, 4600 Valley Road
Lincoln, NE 68510

الإيميل: kmadcharo@lmep.com الفاكس: (402) 483-2882

رقم الهاتف: (402) 327-6851