



وحدة الشكاوى الطبية  
**Medical Complaint Unit**

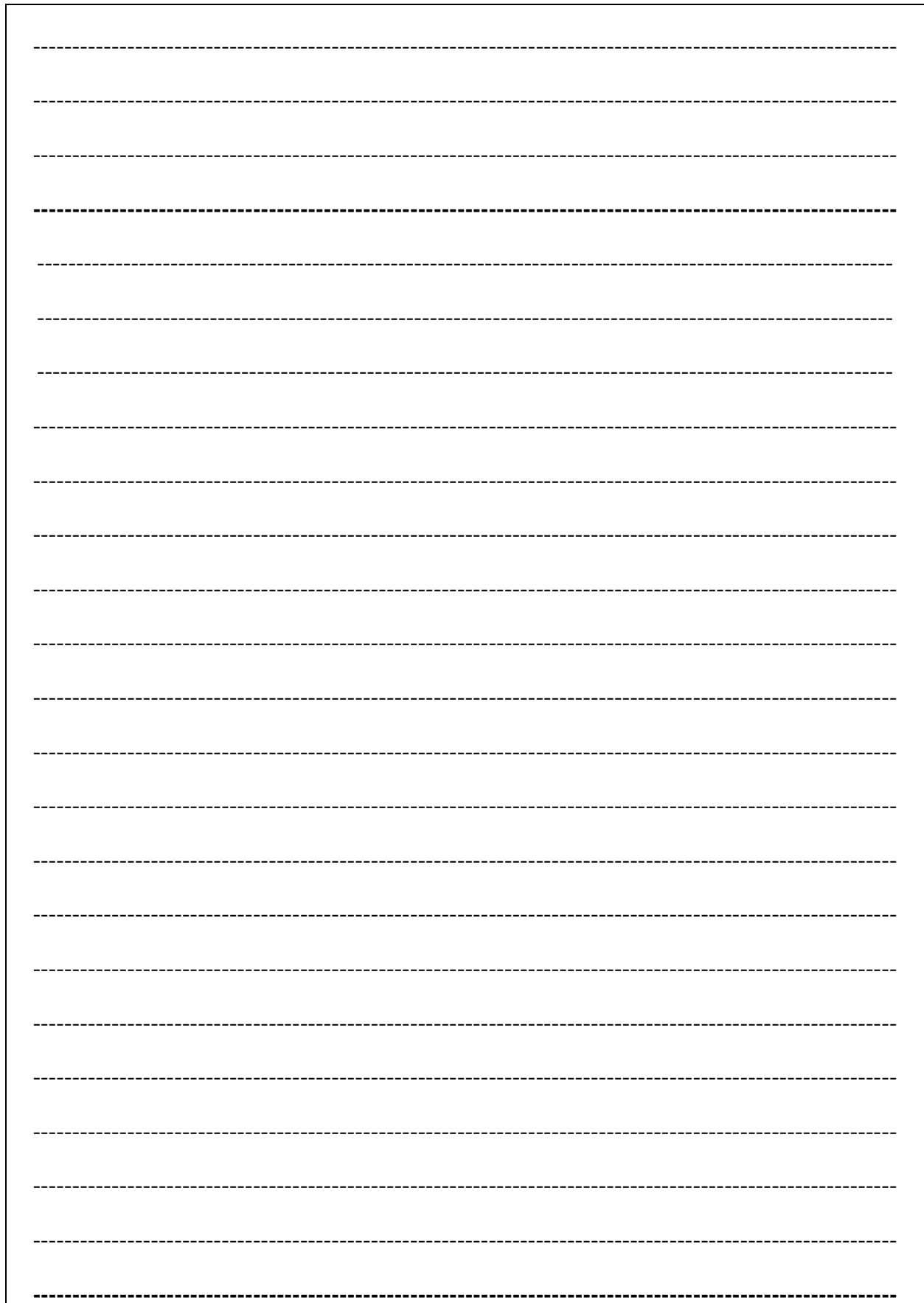
استمارة تسجيل شكوى  
**Complaint Registration Form**

Patient details	بيانات المريض																				
Full Name:----- -----	الاسم الثلاثي:-----																				
Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى																				
Date of Birth: -----/-----/-----	تاريخ الميلاد: -----/-----/-----																				
CPR: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											الرقم الشخصي: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
Contact Numbers:	أرقام الاتصال:																				
Home:-----	المنزل:-----																				
Office:-----	المكتب:-----																				
Mobile:-----	النقال:-----																				
Fax:-----	الفاكس:-----																				

Address: House----- Road/Street-----  Block-----Area-----	العنوان منزل----- طريق/شارع-----  مجمع----- المنطقة-----																				
Email-----	البريد الالكتروني:-----																				
<b>Applicant details (if different than patient)</b>	<b>بيانات مقدم الشكوى (إذا لم يكن المريض نفسه)</b>																				
Full Name: ----- -----	الاسم الثلاثي:----- -----																				
Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	الجنس : <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى																				
Date of Birth: -----/-----/-----	تاريخ الميلاد: -----/-----/-----																				
CPR: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>											الرقم الشخصي: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
Contact Numbers:  Home:-----  Office:-----  Mobile:-----  Fax:-----	أرقام الاتصال:  المنزل:-----  المكتب:-----  النقل: -----  الفاكس:-----																				
Address:  House-----Road/Street-----  Block-----Area-----	العنوان:  منزل----- طريق/شارع-----  مجمع----- المنطقة-----																				
Email-----	البريد الالكتروني:-----																				

Relative Relation:	صلة القرابة:
Specify-----	(حدد)-----
Complaint details	تفاصيل الشكوى
Name of Health facilities:	اسم المنشأة / المنشآت الصحية :
1. -----	1. -----
2. -----	2. -----
3. -----	3. -----
4. -----	4. -----
5. -----	5. -----
Name of health care provider ( if known):	اسم مقدم الرعاية الصحية (ان وجد):
1. -----	1. -----
2. -----	2. -----
3. -----	3. -----
4. -----	4. -----
Specialty (if known):-----	تخصص مقدم الرعاية الصحية (ان وجد):-----
-----	-----
-----	-----
Date of event:-----/-----/-----	تاريخ حدوث الواقعة:-----/-----/-----
Have you filed a complaint to a judicial authority:	هل قمت بتقديم شكوى في الجهات القضائية:
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
If yes, specify:-----	إذا كانت الإجابة بنعم، حدد الجهة:-----
-----	-----
Have you filed a complaint in the health facility	هل قمت بتقديم شكوى للمنشأة المشتكى عليها:
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا

[illegible]



This image shows a full page of handwriting practice paper. It features multiple sets of horizontal dashed lines spaced evenly down the page, providing a guide for letter height and placement. The lines are thin and light gray, set against a white background. There is no text or other markings on the page.

<p>Have you visited other health facilities for the same complaint?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes                      <input type="checkbox"/> NO</p> <p>If yes, specify:</p> <p>1. -----</p> <p>2. -----</p> <p>3. -----</p> <p>4. -----</p>	<p>هل قمت بزيارة مرافق صحية أخرى لنفس الشكوى</p> <p><input type="checkbox"/> نعم                      <input type="checkbox"/> لا</p> <p>إذا كانت الإجابة بنعم، حدد:</p> <p>1. -----</p> <p>2. -----</p> <p>3. -----</p> <p>-</p> <p>4. -----</p>
<p>Attachments:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Medical records</li> <li><input type="checkbox"/> X-rays</li> <li><input type="checkbox"/> Models</li> <li><input type="checkbox"/> Medical Reports</li> <li><input type="checkbox"/> Laboratory results</li> <li><input type="checkbox"/> Others ( specify)-----</li> </ul>	<p>المرفقات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> السجل الطبي</li> <li><input type="checkbox"/> الأشعة</li> <li><input type="checkbox"/> مجسمات</li> <li><input type="checkbox"/> تقارير طبية</li> <li><input type="checkbox"/> نتائج تحاليل مختبرية</li> <li><input type="checkbox"/> أخرى (حدد):-----</li> </ul>
<p>Approval for information provision</p>	<p>الموافقة لتقديم المعلومات:</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• I the undersigned, declare that I have understood the role of medical complaints unit in the National Health Regulatory Authority in the investigation of the complaint.</li> <li>• I also acknowledged that all information and attachments submitted is true and complete to my knowledge.</li> </ul> <p>Patient name:-----</p> <p>Signature:-----</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• أقر أنا الموقع أدناه أنني قد فهمت دور وحدة الشكاوى الطبية في الهيئة الوطنية لتنظيم المهن والخدمات الصحية في التحقيق في الشكوى.</li> <li>• كما أقر بأن جميع البيانات والمرفقات المقدمة صحيحة وكاملة حسب معلوماتي.</li> </ul> <p>اسم المريض:-----</p> <p>التوقيع:-----</p>

Applicant Name( if different than patient): ----- Signature:----- Date:-----	اسم مقدم الشكوى ( اذا لم يكن المريض): ----- التوقيع ----- التاريخ-----
<b>Important notes</b>	<b>ملاحظات هامة:</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>All information is treated discreetly and with credibility.</li> <li>A written notification will be sent on receipt of the complaint.</li> <li>You will be notified with the result upon completion of the investigation.</li> </ul> <p><b>The following is not within the jurisdiction of the medical complaint unit:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Consider claims for financial compensation or provide any financial compensation.</li> <li>Retrieve the fees/cost of treatment or provide treatment.</li> <li>Intervene in the current treatment of the patient, as its role is limited to the review of the procedures carried out at the facility under investigation.</li> <li>Specify or give any recommendation regarding treatment fees.</li> <li>In case the complainant wants to withdraw the complaint, a complaint withdrawal form has to be signed.</li> <li>The unit has the right to continue the investigation even if the complaint is withdrawn to preserve public interest.</li> <li>In case the complainant is unable to provide the authorization, his/her legal representative or a first degree relative can do it on his behalf.</li> <li>The unit will not consider the complaints that are not within the jurisdiction of the NHRA, and you will be notified of the relevant authorities if possible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>تعامل جميع المعلومات المقدمة بسرية ومصداقية تامة.</li> <li>سيتم ارسال اخطار كتابي باستلام الشكوى .</li> <li>سيتم اعلامكم بالنتيجة برسالة كتابية فور الانتهاء من التحقيق.</li> </ul> <p><b>ليس من ضمن نطاق عمل الوحدة :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>النظر في المطالبات بالتعويضات المادية عن الأخطاء او تقديم اي نوع من التعويضات.</li> <li>استرجاع رسوم /تكاليف العلاج، او تقديم العلاج.</li> <li>التدخل في العلاج الحالي للمريض، حيث يقتصر دورها على مراجعة الاجراءات التي تم تقديمها في المنشأة محل الشكوى.</li> <li>تحديد رسوم العلاج او اعطاء اي توصيات بشأنها.</li> <li>في حالة الرغبة في سحب الشكوى، يجب على مقدم الشكوى التوقيع على نموذج سحب الشكوى</li> <li>للوحدة الحق مواصلة التحقيق في الشكوى حتى عند سحبها وذلك حفاظا على المصلحة العامة</li> <li>لن يتم النظر في الشكاوى التي تقع خارج نطاق عمل الهيئة وسيتم اخطاركم بالجهات المعنية ان امكن ذلك</li> </ul>