

| PATIENT INFORMATION      | معلومات المريض           |
|--------------------------|--------------------------|
| Full Name: .....         | الاسم بالكامل: .....     |
| Gender: .....            | الجنس: .....             |
| Address: .....           | العنوان: .....           |
| Telephone No.: .....     | رقم الهاتف: .....        |
| Mobile No.: .....        | رقم المتحرك: .....       |
| Email: .....             | البريد الإلكتروني: ..... |
| Mdical Record No.: ..... | رقم السجل الطبي: .....   |

| COMPLAINT INFORMATION (If not the patient)   | معلومات الشكوى (إذا لم يكن المريض)  |
|--|---|
| <i>If you wish to keep your information as anonymous, please do fill the below information</i>   |   |
| Full Name of person registering the complaint: .....   | الاسم الكامل للشخص المسجل للشكوى: .....   |
| Gender: .....  | الجنس: .....  |
| Address: .....   | العنوان: .....  |
| Telephone No.: .....   | رقم الهاتف: .....   |
| Mobile No.: .....  | رقم المتحرك: .....  |
| Relationship: <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Son/Daughter <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Brother/Sister <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Other |   |
|  | الصلة: <input type="checkbox"/> الأبيوين <input type="checkbox"/> الابن/الابنة <input type="checkbox"/> الزوج <input type="checkbox"/> الأخ/الأخت <input type="checkbox"/> وصي قانوني <input type="checkbox"/> أخرى |
| <i>Please provide documentation indicating your appointment as the legal authority/Guardianship or Personal Representative</i>   |   |

| DETAILS OF COMPLAINT   | معلومات مفصلة عن الشكوى                        |
|--|--|
| Health Care Facility Name: .....                             | اسم منشأة الرعاية الصحية: .....                |
| Date of Incident: .....                                      | تاريخ الحادثة: .....                           |
| Name of the Involved Healthcare Professional (If any): ..... | اسم مقدم الرعاية الصحية المعني (إن وجد): ..... |
| Summary of the Complaint: .....                              | ملخص الشكوى: .....                             |
| .....  | .....  |
| .....  | .....  |
| .....  | .....  |
| .....  | .....  |
| .....  | .....  |
| .....  | .....  |
| .....  | .....  |
| .....  | .....  |

| IMPORTANT NOTES  | ملاحظات هامة   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>According to the our Complaint Management Policy, it takes 7 business days to complete the investigation and make corrective action.</li> <li>In the case of the withdrawal of the complaint, the complainant will sign a "Complaint Withdrawal Form".</li> <li>If there are any attachments, kindly include it together with this form.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>وفقا لسياسة إدارة الشكوى لدينا، سنستغرق 7 أيام عمل لاستكمال التحقيق واتخاذ الإجراءات التصحيحية.</li> <li>في حالة سحب الشكوى، يجب على المشتكي التوقيع على "نموذج سحب الشكوى".</li> <li>إذا كان هناك أي مرفقات، يرجى إرفاقها مع هذا النموذج.</li> </ul> |