

날짜 _____

이 통지서의 목적은 환자 보조인 물리적 지원에 대한 환자의 요청 또는 그 요청의 일부가 거부되었음을 사용자에게 알리기 위한 것입니다.

프로비던스 정책에 따라 귀하는 지원 돌봄 회의를 요청할 권리가 있습니다. 지원 돌봄 회의에서는 보조인 물리적 지원 허용에 대한 변수 및 거부를 논의합니다.

여기에는 환자, 보조인 및 병원 직원의 안전을 위해 실행될 수 있는 제한, 제재 또는 추가 예방 조치가 포함될 수 있습니다.

지원 돌봄 회의를 요청하려면 아래 전화 번호로 하우스 슈퍼바이저에게 문의하십시오.

연락처 전화번호: _____