

Formulář k podání stížnosti

Stěžovatel

Jméno a příjmení:

Bydliště:

Telefon:, e-mail:

zdravotní péče poskytnuta

Stěžovateli (výše uvedený) Jiné osobě (v takovém případě uveďte):

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Oddělení/Odbor:

Popis předmětu stížnosti včetně časových a věcných údajů:

Požadavky a návrhy stěžovatele:

Vztah k pacientovi (*př. zákonný zástupce, opatrovník, manžel/ka, dcera, syn, sourozenec, prarodič, vnuk/vnučka, registrovaný partner, druh/družka*):

.....

Totožnost zjištěna (*př. občanský průkaz, rodný list, oddací list nebo je žadatel Zaměstnanci osobně znám*):

.....

Datum podání stížnosti:

Podpis stěžovatele:

Datum převzetí stížnosti:

Za Zdravotnické zařízení
převzal/a: