

Příloha č. 2

FORMULÁŘ K PODÁNÍ STÍŽNOSTI

STĚŽOVATEL

Jméno a příjmení:
Datum narození:
Bydliště:
Telefon, e-mail:
**Oddělení, termín
ošetření/hospitalizace:**

ZDRAVOTNÍ PÉČE POSKYTNUTA

STĚŽOVATELI (výše uvedený) **JINÉ OSOBĚ** (v takovém případě uveďte):

Jméno a příjmení:
Datum narození:
**Oddělení, termín
ošetření/hospitalizace:**

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):

.....

Datum podání stížnosti:

Podpis stěžovatele:

Za Nemocnici AGEL Nový Jičín a.s.

Datum převzetí stížnosti:

Převzal/a: