

Formulář pro podání stížností

Iniciály stěžovatele¹:

Jméno a příjmení

Bydliště stěžovatele PSČ:

Kontakt: e- mail nebo telefonní číslo.....

Jste: pacient zákonný zástupce osoba blízká osoba zmocněná pacientem

Identifikace události (*datum, čas a místo, kde se událost měla stát*).

.....
.....
.....

Stručný popis události, na kterou si chcete stěžovat.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Podpis stěžovatele:.....

¹ Vypisuje stěžovatel

Datum a místo sepsání

Evidence došlé stížnosti ²

Stížnost přijatá: osobně e-mailem poštou

Zaevidovaná pod identifikačním číslem:

Stížnost řešena: bezodkladně ve stanovené lhůtě 30 dnů
(záznam ze šetření)

Stěžovatel si přeje být vyrozuměn písemně
 netrvá na písemném vyrozumění

Řešení stížnosti přítomni:

Jméno a příjmení

funkce

.....
.....
.....
.....
.....

Nápravná opatření:

navržena nenavržena

² Vypisuje sekretariát vedení nemocnice

Sepsáno dne:

Sepsala:

Razítko: