

## FORMULÁŘ STÍŽNOSTI

### Identifikační údaje stěžovatele

jméno a příjmení:

bydliště:

telefon:

e-mail:

jméno, příjmení a adresa pacienta, pokud je pacient odlišný od stěžovatele

vztah k pacientovi: a) pacient c) osoba blízká  
b) zákonný zástupce nebo opatrovník d) osoba písemně zmocněná

### Předmět stížnosti

datum události: pracoviště:

**osoba/y:**

*(jež jsou předmětem stížnosti)*

### **Podrobný popis stížnosti**

Příloha č. 1 ke Sm-M003/19 Vyřizování stížností proti postupu při poskytování zdravotních služeb, o příjmu a vyřizování obecných podnětů a stížností a o šetření spokojenosti pacientů

## **Návrhy a požadavky stěžovatele**

Podpisem tohoto Formuláře stěžovatel potvrzuje, že se řádně seznámil se zněním Směrnice č. M003/19 „Vyřizování stížností proti postupu při poskytování zdravotní služeb, o příjmu a vyřizování obecných podnětů a stížností a o šetření spokojenosti pacientů“, v platném znění.

**V Praze dne:**

**Podpis stěžovatele:**

**Jméno a příjmení příjemce stížnosti:**

**Podpis příjemce:**