



Dokument č. 1

Záznam o podání stížnosti

Vyplňte údaje v tabulce

Stěžovatel – jméno, příjmení			
Datum narození			
Adresa stěžovatele			
Telefon		Email	
Vztah stěžovatele k pacientovi, pokud nepodává stížnost přímo pacient			
Identifikace pacienta			
Poskytovatel zdravotní péče – název nemocnice			
Předmět stížnosti – popište důvod stížnosti			
Podpis stěžovatele			

Další údaje vyplní pracovník nemocnice

Datum a čas podání stížnosti	
Jméno a pracovní zařazení/funkce pracovníka, který stížnost přijal	
Ověření totožnosti stěžovatele	
Podpis pracovníka přijímajícího stížnost	
Evidenční číslo ve spisové službě	