

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:

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 pracovníkovi osobně znám):

.....

Datum podání Stížnosti:

Podpis stěžovatele:

Datum převzetí Stížnosti:

Za Nemocnici AGEL Valašské

Meziříčí a.s. převzal/a: