|  |  |
| --- | --- |
| **Protokol o podání stížnosti** | |
| **Identifikace stěžovatele** | |
| **Jméno a příjmení** |  |
| **Bydliště** |  |
| **E-mail** |  |
| **Telefon** |  |
| **V zastoupení pacienta  (jméno, příjmení, datum narození, vztah k pacientovi)** |  |
| Stížnost může podat pacient, zákonný zástupce pacienta, osoba blízká v případě, že pacient tak nemůže učinit s ohledem na svůj zdravotní stav nebo pokud zemřel, nebo osoba zmocněná pacientem (je třeba tuto skutečnost doložit písemnou plnou mocí zastoupeného). | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identifikace stížnosti** | |
| **Stížnost směřuje proti** |  |
| **Předmět stížnosti** |  |
| **Čeho se stěžovatel domáhá** |  |
| **Seznam příloh,** které k objasnění podnětu připojujete, v případě zastoupení plná moc  (kopie, plná moc v originále) |  |
| **Podpis stěžovatele** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Převzetí stížnosti** | |
| **Datum a čas předání stížnosti** |  |
| **Převzal** |  |
| **Pořadové číslo stížnosti** |  |