

Formulář k podání stížnosti

Vážená paní/ Vážený pane,

domníváte-li se, že byla Vaše práva pacienta porušena či ohrožena, nebyla Vám poskytnuta kvalitní zdravotní péče nebo se vyskytl jiný problém při poskytování zdravotních služeb, máte možnost podat stížnost.

Můžete pro podání použít tento formulář. Po vyplnění předejte zaměstnanci oddělení. Následující pracovní den bude Vaše stížnost předána pověřenému pracovníkovi oprávněnému přijímat stížnost na oddělení a dále bude k řešení podstoupena ombudsmanovi nemocnice. Ombudsman Vás bude po obdržení stížnosti kontaktovat.

Pro splnění zákonných náležitostí pro podání stížnosti, vyplňte prosím tyto údaje:

1) Jméno a příjmení toho, kdo stížnost podává:

2) Adresa pro písemné doručování:

3) Telefonní kontakt nebo e-mail adresa:

4) Stručný popis stížnosti:

Váš podpis:

Datum podání stížnosti:

Pokud nechcete odevzdat vyplněný formulář do rukou zaměstnanců oddělení, můžete jej zaslat na adresu nemocnice viz níže nebo použít formulář na www.nemocnicenachod.cz

Děkujeme.

Nemocniční ombudsman
Oblastní nemocnice Náchod a.s.
Purkyňova 446
547 69 Náchod