

Súhlas osoby, ktorej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti mohli byť porušené s podaním podnetu

Meno a priezvisko pacienta/tky:

Dátum narodenia:

Adresa a telefónny kontakt:

(ďalej len „pacient/ka“)

U D E Ľ U J E M S Ú H L A S

**Meno a priezvisko podávateľa
podnetu ako blízkej osoby:**

Dátum narodenia:

Adresa a telefónny kontakt:

(ďalej len „podávateľ podnetu“)

v zmysle ustanovenia § 43a ods. 2 písm. b) zákona č. 581/2004 Z. z. na podanie podnetu týkajúceho sa zdravotnej starostlivosti, ktorá mi ako pacientovi/tke bola poskytnutá poskytovateľom zdravotnej starostlivosti:

V

dňa

.....
pacient/ka

.....
podávateľ podnetu