

Identifikácia žiadateľa

Fyzická osoba  
Právnická osoba

Fyzická osoba

Meno Priezvisko

Právnická osoba

Obchodné meno / Názov IČO  
Meno a priezvisko  
osoby oprávnenej  
konať za PO

Adresa pobytu žiadateľa / Adresa sídla žiadateľa

Ulica Číslo  
PSČ Obec  
Štát

Vzťah k pacientovi

Identifikácia pacienta

Meno Priezvisko  
Dátum narodenia

Adresa pobytu pacienta

Ulica Číslo  
PSČ Obec  
Štát

**Identifikácia poskytovateľa všeobecnej ambulantnej zdravotnej starostlivosti** ^

Meno Priezvisko

Obchodné meno / Názov

**Adresa** ^

Ulica Číslo

PSČ Obec

Štát

**Identifikácia poskytovateľa špecializovanej gynekologickej ambulantnej starostlivosti** ^

Meno Priezvisko

Obchodné meno / Názov

**Adresa** ^

Ulica Číslo

PSČ Obec

Štát

**Identifikácia poskytovateľa zdravotnej starostlivosti / zariadenia sociálnej pomoci, u ktorého sa má vykonať dohľad** ^

Meno Priezvisko

Obchodné meno / Názov

**Adresa prevádzky zdravotníckeho zariadenia / poskytnutia zdravotnej starostlivosti  
Adresa prevádzky zariadenia sociálnej pomoci / poskytnutia ošetrovateľskej starostlivosti** ^

Ulica Číslo

PSČ Obec

Štát

**Dohliadané obdobie** ^**Obdobie mesiac/rok, v ktorom mala byť nesprávne poskytnutá zdravotná starostlivosť** ^

Od Do

Predmet žiadosti ^

Stručný, chronologický popis udalostí, ktoré majú byť predmetom dohľadu, s uvedením dátumov ^

Dátum a popis udalostí

Iné skutočnosti ^

V

Dňa

\_\_\_\_\_ podpis žiadateľa