

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

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

Dátum a popis udalostí (v prípade rozsiahlejšieho popisu priložte popis ako samostatnú prílohu)

V

Dňa

_____ **podpis žiadateľa**