úrad pre dohľad nad zdravotnou starostlivosťou

Podnet na výkon dohľadu nad zdravotnou/ošetrovateľskou starostlivosťou

podľa zákona č. 581/2004 Z. z. o zdravotných poisťovniach, dohľade nad zdravotnou starostlivosťou a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Identifikácia podávateľa podnetu

- Fyzická osoba
- Fyzická osoba cudzinec
- Právnická osoba

Fyzická osoba/Fyzická osoba cudzinec

Meno

Priezvisko

Dátum narodenia

Číslo cestovného dokladu/preukazu totožnosti (iba FO cudzinec)

Právnická osoba

Obchodné meno/Názov

Právna forma

IČO

Meno a priezvisko osoby oprávnenej konať za PO (V prípade FO - podnikateľa sa uvádza meno a priezvisko, ak sa nezhoduje s obchodným menom).

Adresa pobytu podávateľa podnetu/Adresa sídla podávateľa podnetu

- Trvalý pobyt
- Prechodný pobyt

Ulica a číslo

Mesto/obec

PSČ

Štát

Kontaktná adresa na území SR (iba FO cudzinec)

Ulica a číslo

Mesto/obec

PSČ

Štát

Vzťah podávateľa podnetu k pacientovi

Identifikácia pacienta

Meno

Priezvisko

Dátum narodenia

Adresa pobytu pacienta

Ulica

Číslo

PSČ

Obec

Štát

- Trvalý pobyt
- Prechodný pobyt

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/detenčného ústavu, 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/ošetrovateľská starostlivosť

Od

Do

Predmet žiadosti

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)

Iné skutočnosti

Udelenie súhlasu pacienta podávateľovi podnetu ako blízkej osobe

Pacient/ka týmto udeľuje podávateľovi podnetu súhlas s podaním podnetu podľa ustanovenia § 43a ods. 4, písm. e) zákona č. 581/2004 Z. z.

_____
vlastnoručný podpis žiadateľa

Udelenie súhlasu sa nevyžaduje len v prípadoch podľa § 43a ods. 2 písm. a) a ods. 3 zákona č. 581/2004 Z. z., t.j. osoba, ktorej práva alebo právom chránené záujmy pri poskytovaní zdravotnej starostlivosti mohli byť porušené, nežije, alebo zdravotný stav osoby, ktorej práva a právom chránené záujmy mohli byť porušené neumožňuje súhlas vyjadriť.

V prípade ak podávateľ podnetu splnomocnil v listinnej podobe s úradne osvedčeným podpisom inú osobu na podanie podnetu a úkony s tým súvisiace je nevyhnutné predloženie plnomocenstva (§ 43a ods. 5 zákona č. 581/2004 Z. z.).

☐ **Prílohy**

☐ **Plnomocenstvo podľa § 43a ods. 5 zákona č. 581/2004 Z. z.**

V _____ **Dňa** _____

_____
vlastnoručný podpis žiadateľa