



Podnet na výkon dohľadu nad poskytovaním zdravotnej starostlivosti/ošetrovateľskej starostlivosti

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 alebo preukazu
totožnosti (iba FO cudzinec)

Právnická osoba

Obchodné meno/Názov

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

Právna forma

IČO

Adresa pobytu podávateľa podnetu/Adresa sídla podávateľa podnetu

Trvalý pobyt

Prechodný pobyt

Kontaktná adresa na území SR (iba FO cudzinec)

Ulica a číslo

Ulica a číslo

Mesto/obec

Mesto/obec

PSČ

PSČ

Štát

Štát

Vzťah podávateľa podnetu k dotknutej osobe/pacientovi
(ak nejde o tú istú osobu)

Identifikačné údaje dotknutej osoby/pacienta

Meno Priezvisko

Dátum narodenia

Adresa pobytu dotknutej osoby/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/školy/poskytovateľa zdravotnej starostlivosti zabezpečujúceho neodkladnú prepravu v rámci vojenského zdravotníctva, u ktorého sa má vykonať dohľad

Meno Priezvisko

Obchodné meno/Názov

Adresa prevádzky zariadenia, u ktorého sa má vykonať dohľad

Ulica Číslo

PSČ Obec

Štát

Dohliadané obdobie

Obdobie deň/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)

Udelenie súhlasu pacienta/dotknutej osoby podávateľovi podnetu ako blízkej osobe

Pacient/ka týmto udeľuje podávateľovi podnetu súhlas s podaním podnetu podľa ustanovenia § 43a ods. 2, písm. b) zákona č. 581/2004 Z. z.

podpis pacienta

Udelenie súhlasu sa nevyžaduje len v prípadoch podľa § 43a ods. 2 písm. a) alebo § 43a 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. 6 zákona č. 581/2004 Z. z.). Úradne osvedčenie podpisu sa nevyžaduje pokiaľ ide o zastupovanie advokátom.

Prílohy

Plnomocenstvo podľa § 43a ods. 6 zákona č. 581/2004 Z. z.

V

Dňa

podpis podávateľa podnetu