**Krajský úřad Karlovarského kraje, odbor zdravotnictví**

**Závodní 353/88**

**Dvory**

**360 06 Karlovy Vary**

**Stížnost na poskytovatele zdravotních služeb v souladu se zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů**

**Stížnost pište konkrétně, co nejvýstižněji a soustřeďte se především na podstatné okolnosti svého případu, uveďte v ní:**

1. své jméno, příjmení a adresu (případně telefonní kontakt a e-mail)

2. poskytovatele zdravotních služeb – název nemocnice nebo jméno, příjmení a adresu (místo poskytování zdravotních služeb) lékaře, na kterého si stěžujete

3. proč nesouhlasíte s tím, jak poskytovatel zdravotních služeb vyřídil Vaši stížnost

4. stručný popis událostí (komplikace, doba léčení, srovnání zdravotního stavu před a po události)

5. datum

6. Váš podpis

Pošlete nám i odpověď poskytovatele zdravotních služeb na Vaši stížnost

V Karlových Varech dne………… podpis ……………………..

příloha: Kopie vyjádření poskytovatele zdravotních služeb na stížnost (se kterým stěžovatel nesouhlasí)