Жалба

за нарушени права на пациента

До: _____

(примерно: Министерство на здравеопазването; Регионален център по здравеопазване в град _ ; Национална здравноосигурителна каса; Регионална здравноосигурителна каса в град _ ; Директорът на здравното заведение където е извършено нарушението)

Име: _____ Адрес: _____

Имейл: _____ Телефон: _____

Болница: _____ Дата на прием: _____

Лекуващ лекар: _____ Лекуващ персонал: _____

_____

Разкажете подробно как бяха нарушени Вашите права:

(споменете колкото можете повече подробности, които ще помогнат на разглеждането на жалбата - имена/описания на лекари , акушерки и други лица , които са били свидетели на случката или непосредствено след това, дати, часове, свидетели и т.н.)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ *(продължете разказа си на допълнителни страници)*

Брой прикрепени страници:

Подпис: _____ Дата: _____