

**Sūdzības iesniegums**

Pacientiem ir tiesības iesniegt sūdzību par jebkādu privātpersonas tiesību pārkāpumu vai to neievērošanu, kas pieļauts/noticis VSIA “Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīca”, īpašu uzmanību pievēršot **ārstēšanai un aprūpei**, **procesu pārvaldībai un nodrošinājumam**.

Pacienta personas dati ir aizsargājami un sūdzībā iekļautā informācija (t.sk. pielikumi), pēc šīs veidlapas aizpildīšanas, ir ierobežotas pieejamības informācija. Šo sūdzību izskatīs Slimnīcas jomas atbildīgie darbinieki, kuri rūpēsies par jūsu sūdzības objektīvu un savlaicīgu izskatīšanu, profesionālu risinājumu un atbildes sagatavošanu. Par papildu informāciju, lūdzu, sazinieties ar Dokumentu vadības daļu (tel.nr. 67069601) vai Klientu informācijas un apkalpošanas daļu (tel.nr.67069280).

Veidlapas aizpildīšana ir brīvprātīga, tomēr tā palīdzes Slimnīcai ātrāk noskaidrot būtiskus lietas apstākļus.

**Lūgums iesniegumā norādīt pēc iespējas precīzāku un detalizētu informāciju*.***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMĀCIJA PAR PACIENTU** (\* obligāti aizpildāma informācija) | | | | |
| \* Vārds, Uzvārds |  | | | \* Personas kods |
|  |
| \* Dzīves vietas adrese  (ja vēlas saņemt atbildi pa pastu) |  | | | |
| \* Tel. nr. |  | | \* e-pasts |  |
| Vai vēlaties saņemt atbildi? (atzīmēt vajadzīgo) | | Jā  Nē | | |
| Atbildes saņemšanas veids (atzīmēt vajadzīgo) | | e-pasts  pa pastu  telefoniski | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 1. **Informācija par pacienta pārstāvi, kurš iesniedz sūdzību** (atzīmēt un aizpildīt vajadzīgo) | | |
| Pilnvarotais pārstāvis  vai likumiskais pārstāvis | | Ģimenes loceklis  (stacionārā esoša pacienta ierobežotas rīcībspējas gadījumā vai par mirušu personu) |
| \*Vārds, Uzvārds |  |  |
| \*Tel. nr. |  |  |
| \*e-pasts |  |  |
|  | Pilnvarojuma dokuments: | Radniecību apliecinošs dokuments  (dzimšanas apliecība, laulības apliecība, u.c.) |
| \*Dokumenta nosaukums |  |  |
| \*Izdevējs vai pilnvarotājs |  |  |
| \*Reģistrācijas Nr. |  |  |
| \*Izdošanas datums |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **INFORMĀCIJA PAR NOTIKUMU** (\*obligāti aizpildāma informācija) | | | |
| \* Notikuma datums (dd.mm.gggg) | | | Click or tap to enter a date. |
| \* Notikuma vieta  (centrs, nodaļa, laboratorija, dienests, institūts, kabinets – nosaukums vai numerācija Slimnīcā) | | |  |
| Iesaistītais Slimnīcas personāls  (vārds, uzvārds, amats, ja zināms) | | |  |
| \* Detalizēts notikušā apraksts (kas, ko, kur, kad, kāpēc?)1:    1 (nepieciešamības gadījumā aprakstu turpiniet otrā pusē vai uz papildus lapas) | | | |
| Pacienta prasība, lūgums, ierosinājumi, priekšlikumi, ieteikumi, kas saistīti ar sūdzības izskatīšanu | |  | |
| Pielikumā pievienotas dokumentu kopijas:  (norādiet to nosaukumu un lapu skaitu) | |  | |
|  | |
|  | |
| 1. **Parakstot šo sūdzību, apliecinu, ka esmu sniedzis patiesu un korektu informāciju, kā arī nepieciešamības gadījumā turpināšu sadarboties, lai atrisinātu manu sūdzību.** | | | |
| Datums | Click or tap to enter a date. | | |
| Pacienta vai pārstāvja paraksts un atšifrējums: |  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **AIZPILDA SLIMNĪCAS ADMINISTRĀCIJA** (darbinieks, kurš pieņem sūdzību) | | |
| Vārds, Uzvārds |  | Saņemšanas datums |
| Ieņemamais amats |  | Click or tap to enter a date. |
| Paraksts |  |