



Sūdzību iesniegums

Pacientiem ir tiesības iesniegt sūdzību par jebkādu privātpersonas tiesību pārkāpumu vai to neievērošanu, kas pieļauts/noticis VSIA "Paula Stradiņa klīniskās universitātes slimnīcā", 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, lūdz, sazinieties ar Dokumentu vadības daļu (tel.nr. 67069601) vai Klientu informācijas un apkalpošanas daļu (tel.nr.67069280).

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

Lūgums iesniegumu aizpildīt salasāmi un 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 <input type="checkbox"/>	Nē <input type="checkbox"/>	
Atbildes saņemšanas veids (atzīmēt vajadzīgo)	e-pasts <input type="checkbox"/>	Pa pastu <input type="checkbox"/>	Telefoniski <input type="checkbox"/>
1.1. Informācija par pacienta pārstāvi, kurš iesniedz sūdzību (atzīmēt un aizpildīt vajadzīgo)			
Pilnvarotais pārstāvis <input type="checkbox"/> vai likumiskais pārstāvis <input type="checkbox"/>		Ģimenes loceklis <input type="checkbox"/> (stacionārā esoša pacienta ierobežotas rīcības spējas gadījumā vai par mirušu personu)	
*Vārds, Uzvārds			
*Tel. nr.			
*e-pasta adrese			
	Pilnvarojuma dokuments:	Radniecību apliecināošs dokuments: (dzimšanas apliecība, laulības apliecība, u.c.)	
*Dokumenta nosaukums			
*Izdevējs vai pilnvarotājs			
*Reģistrācijas Nr.			
*Izdošanas datums			
2. INFORMĀCIJA PAR NOTIKUMU (*obligāti aizpildāma informācija)			
* Notikuma datums (dd.mm.gggg)			
* 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 : _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____			

