[***Meno a priezvisko sťažovateľa, dátum narodenia, adresa trvalého pobytu, e-mail, príp. tel. číslo***]

[**Názov orgánu príslušného na vydanie povolenia na prevádzku poskytovateľa**]

[Ulica a súpisné/orientačné číslo]

[PSČ a mesto]

V [*miesto*], dňa [*DD*.*MM*.20*YY*]

|  |  |
| --- | --- |
| **VEC:** | **Sťažnosť na nesplnenie povinností poskytovateľa zdravotnej starostlivosti pri poskytovaní a sprístupňovaní údajov zo zdravotnej dokumentácie** |

Vážení,

touto cestou si dovoľujem obrátiť sa na Vás so sťažnosťou na konanie poskytovateľa zdravotnej starostlivosti: [***Meno a priezvisko poskytovateľa / Obchodné meno / Názov poskytovateľa****, IČO / dátum narodenia a rodné číslo, adresa trvalého pobytu / miesto výkonu zdravotnej starostlivosti / sídlo*] pri vybavovaní mojej žiadosti o nahliadnutie do mojej zdravotnej dokumentácie zo dňa *DD*.*MM*.20*YY*, nakoľko poskytovateľ mi protizákonne neumožnil nahliadnuť do mojej zdravotnej dokumentácie. [*Odpoveď poskytovateľa na predmetnú žiadosť tvorí prílohu č. 2 tejto sťažnosti.*]

Túto sťažnosť podávam v zmysle znenia ust. § 81 a ust. § 82 ods. 1 písm. c) zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

[*Podrobný popis situácie, ktorá viedla k a nadväzovala na odmietnutie/nevybavenie žiadosti o nahliadnutie a vyhotovenie výpisu zo zdravotnej dokumentácie, teda akým spôsobom bola žiadosť podaná, či bola dodržaná forma žiadosti, ak poskytovateľ požaduje konkrétnu (napr. písomnú) formu žiadosti, či táto forma bola dodržaná a všetky ostatné rozhodujúce okolnosti prípadu.*]

Svojho práva nahliadnuť do predmetnej zdravotnej dokumentácie sa mi nepodarilo domôcť ani po podaní sťažnosti adresovanej poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zo dňa *DD*.*MM*.20*YY*, v ktorej bol poskytovateľ zdravotnej starostlivosti zároveň vyzvaný na nápravu vzniknutej situácie. Poskytovateľ zdravotnej starostlivosti moju sťažnosť [*odmietol* / *do dnešného dňa* *nevybavil*]. [*Odpoveď na predmetnú sťažnosť tvorí prílohu č. 4 tejto sťažnosti.*]

Spôsob vybavenia mojej žiadosti aj sťažnosti poskytovateľom zdravotnej starostlivosti považujem za neakceptovateľný a protizákonný s ohľadom na ust. § 79 ods. 1 písm. m) zák. č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov a ust. § 24 zák. č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Z vyššie uvedených dôvodov podávam túto sťažnosť na spôsob plnenia povinností pri poskytovaní a sprístupňovaní údajov zo zdravotnej dokumentácie poskytovateľom zdravotnej starostlivosti. O výsledku konania o tejto sťažnosti ma prosím kontaktujte na adresách uvedených v hlavičke tejto sťažnosti.

S pozdravom,

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[*meno a priezvisko sťažovateľa*]

Prílohy: **1)** Žiadosť o nahliadnutie do zdravotnej dokumentácie zo dňa *DD*.*MM*.20*YY*

[***2)*** *príp. Odpoveď poskytovateľa na žiadosť*]

**2)** / [***3)***] Sťažnosť na neposkytnutie údajov zo zdravotnej dokumentácie adresovaná poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zo dňa *DD.MM.*20*YY*

[***4)*** *príp. Odpoveď poskytovateľa na sťažnosť*]