

ZAHTEVA ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

Ime in priimek pacienta: _____

Datum rojstva: _____

Naslov: _____ Pošta: _____

Telefonska številka: _____

E-mail: _____

Domnevne kršitve pacientovih pravic - obkrožite:

- neustrezen odnos osebja
- neustrezno ravnanje zdravstvenih delavcev pri nujenju pomoči

Datum in čas-ura: _____

Kraj (ambulanta, sprejemna pisarna, čakalnica): _____

Udeležene osebe: _____

Kratek opis domnevne kršitve:

Posledice kršitve pacientovih pravic:

Predlog za rešitev spora oz. odpravo kršitve:

Datum: _____

Podpis pacienta: _____