



ZAHTEVA ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

Vaši podatki:

Ime in priimek: _____ E-pošta: _____

Naslov: _____ Telefon: _____

Oddelek v katerem je prišlo do domnevne kršitve:

- Splošna in družinska medicina
- Zobozdravstvo
- Ginekologija in porodništvo
- Psihijatrija
- Klinična psihologija
- Diagnostični laboratorij
- Uprava
- Drugo

Kršitev se nanaša na:

- Kakovost dela
- Kršenje pravil ZZZS
- Organizacijo dela
- Odnos osebja
- Strokovnost
- Drugo

Čas in kraj domnevne kršitve, oseba, na katero se nanaša zahteva:

Datum: _____ Ambulanta: _____

Ura: _____ Zdravstveni delavec: _____

Kratek opis domnevne kršitve:

Predlog za odpravo kršitve:

_____ , dne _____ Podpis: _____