

 ZDRAVSTVENI DOM KRŠKO	OBRAZEC ZAHTEVA ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC	Številka: OBR UPR 01
		Verzija: 01 Datum: 1.1.2023

ZAHTEVA ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

Ime in PRIIMEK (pacienta)

Naslov, pošta

Telefonska številka e-pošta

Domnevna kršitev pacientovih pravic

Datum in čas - ura:

Kraj (ambulanta...) naslov:

Udeležene osebe:

Posledice kršitve pacientovih pravic

Kratek opis domnevne kršitve:

.....
.....
.....

PREDLOG za rešitev spora oz. odpravo kršitve :

.....
.....

Datum:

Podpis pacienta: