



**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:

.....