SPLOŠNA BOLNIŠNICA MURSKA SOBOTA
RAKIČAN, Ulica dr. Vrbnjaka 6, 9000 Murska Sobota

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Datum in čas zapisa

ZAHTEVA ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC
Ustna/ pisne (obkroži)

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ * obvezno izpolni vlagatelj _

PODATKI O VLAGATELJU/ ICI: (obvezno izpolniti)

……...
ime in priimek vlagatelj (razmerje do pacienta)*

Naslov prebivališča: *
Ulica in hišna št:……

Poštna številka:*……Kraj:*…….

Tel. številka/mobilni tel. :…… e-pošta:….....

Podatki o pacientu (ime in priimek) :* ……. …….

Datum domnevne kršitve:* …….. ……. Čas:*……

Opis domnevne kršitve pacientovih pravic:*
…….....

……..

……..

……..

…….
Morebitne posledice domnevne kršitve pacientovih pravic:
……...

Morebiten predlog vlagatelja za rešitev spora:
……
……

Podatki o udeleženih zdravstvenih delavcih/sodelavcih:

oddelek/služba:…… Ime in priimek:……..

_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _