



SŽ - ŽZD Ljubljana

ŽELEZNIŠKI ZDRAVSTVENI DOM

Celovška cesta 4, 1000 LJUBLJANA

Telefon: 01 33 05 101

www: <https://www.zzd.si/>

ZAHTEVA ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITEV PACIENTOVIH PRAVIC

Spoštovani!

V spodnji obrazec vpišite svoje podatke in opišite dogodek, ki bi nam ga radi posredovali.

Vaši podatki:

Ime in priimek _____ e Pošta _____
Naslov _____ Telefon _____

VAŠI OSEBNI PODATKI NE BODO POSREDOVANI TRETJIM OSEBAM !

Enota, dispanzer, ambulanta kjer se je dogodek zgodil:

Dogodek se nanaša na kršitev:
kršila:

☐ Delovnega časa

☐ Kakovosti dela

☐ Organizacije dela

☐ Odnos osebja

☐ Urejenost in čistost

☐ Drugo _____

Čas, kraj in oseba, ki je domnevo

Datum _____

Ura _____

Ambulanta _____

Zaposleni _____

Kratek opis domnevne kršitve / dogodka:

Predlog za odpravo kršitve:



SŽ - ŽZD Ljubljana

Datum: _____

ŽELEZNIŠKI ZDRAVSTVENI DOM

Celovška cesta 4, 1000 LJUBLJANA

Telefon: 01 33 05 101

www: <https://www.zzd.si/>

Podpis: _____