



ZAHTEVA ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

Spoštovani.

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

Vaši podatki:

Ime in priimek _____ ePošta _____

Naslov _____ Telefon _____

VAŠI OSEBNI PODATKI NE BODO POSREDOVANI TRETJIM OSEBAM!

Enota, dispanzer, ambulanta, kjer se je dogodek zgodil:

Dogodek se nanaša na kršitev:

- Delovnega časa
- Kakovosti dela
- Organizacije dela
- Urejenost in čistost
- Drugo _____

Čas, kraj in oseba, ki je domnevno kršila:

Datum _____

Ura _____

Ambulanta _____

Zaposleni _____

Kratek opis domnevne kršitve/ dogodka:

Predlog za odpravo kršitve:

Datum: _____

Podpis: _____