

**SPLOŠNA BOLNIŠNICA
NOVO MESTO
Šmihelska cesta 1
8000 NOVO MESTO**

ZAHTEVA ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

Podatki o pacientu:

Ime in priimek: _____

Telefon: _____

Naslov: _____

E-pošta: _____

Čas domnevne kršitve (datum, ura): _____

Kraj domnevne kršitve – organizacijska enota, v kateri je prišlo do domnevne kršitve (oddelek, ambulanta, drugo): _____

Opis domnevne kršitve:

Podatki o udeleženih zdravstvenih delavcih oziroma zdravstvenih sodelavcih ali morebitnih drugih udeleženih osebah (ime in priimek osebe, če se pritožba nanaša na določeno osebo):

Posledice domnevne kršitve pacientovih pravic:

Predlog za rešitev spora:

Kraj in datum: _____

Podpis vlagatelja zahteve:
