

Zahteva za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic

Kontaktni podatki vlagatelja:

Ime in priimek: _____ E-mail: _____

Naslov: _____ Telefon: _____

Kje v ZDL je prišlo do domnevne kršitve: (označite v okencu)

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| <input type="checkbox"/> | ZDL Bežigrad |
| <input type="checkbox"/> | ZDL Center |
| <input type="checkbox"/> | ZDL Moste-Polje |
| <input type="checkbox"/> | ZDL Šentvid |
| <input type="checkbox"/> | ZDL Šiška |
| <input type="checkbox"/> | ZDL Vič-Rudnik |
| <input type="checkbox"/> | ZDL SNMP |

Kršitev se nanaša na: (označite v okencu)

- | | |
|--------------------------|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | Odnos osebja |
| <input type="checkbox"/> | Strokovnost |
| <input type="checkbox"/> | Kakovost dela |
| <input type="checkbox"/> | Organizacijo dela |
| <input type="checkbox"/> | Kršenje pravil ZZZS |
| <input type="checkbox"/> | Drugo _____ |

Čas in kraj domnevne kršitve, oseba na katero se nanaša zahteva:

Datum: _____

Ura: _____

Ambulanta: _____

Zdravstveni delavec: _____

Dejavnost: _____

Kratek opis domnevne kršitve:

Predlog za rešitev spora: _____

Datum: _____

Podpis: _____