



ZAHTEVA ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

Kontaktne podatke vlagatelja:

Ime in priimek: _____ E-mail: _____
Naslov: _____ Telefon: _____

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

- | | |
|--------------------------|-----------------|
| ☐ | ZDL Bežigrad |
| ☐ | ZDL Center |
| ☐ | ZDL Moste-Polje |
| ☐ | ZDL Šentvid |
| ☐ | ZDL Šiška |
| ☐ | ZDL Vič-Rudnik |
| ☐ | ZDL SNMP |

Kršitev se nanaša na: (označite v okencu)

- | | |
|--------------------------|--------------------|
| ☐ | Odnos osebja |
| ☐ | Strokovnost |
| ☐ | Kakovost dela |
| ☐ | Organizacijo dela |
| ☐ | Kršenje pravil ZZS |
| ☐ | 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: _____