

OBRAZAC ZA PRIGOVORE/ŽALBE

 nezvanični prigovor/žalba zvanični prigovor/žalba

POPUNJAVA PACIJENT (odnosno zaposleni, ukoliko je žalba usmena)

Osnovni podaci (napomena: žalba se može podnijeti i anonimno)

Ime i prezime	
Datum rođenja	
JMBG	
Adresa stanovanja	
Broj telefona/faksa	
El. pošta	
Datum prijema u bolnicu	
Datum otpusta iz bolnice	
Broj istorije bolesti (popunjava zaposleni)	

Detalji o osobi koja podnosi prigovor u ime pacijenta (ako je potrebno)	
Osoba za kontakt i kontakt detalji (ukoliko se razlikuje od gore navedene)	

Potpis (ili ime osobe koja je popunila upitnik)	Datum podnošenja prigovora/žalbe:
---	-----------------------------------

Razlog za podnošenje prigovora (ukoliko se ovo odnosi na konkretan događaj, molimo vas navedite datum, vrijeme i mjesto događaja); molimo vas da navedete detalje o tome kako su vaša prava, potrebe ili očekivanja bili nezadovoljeni tokom boravka	
--	--

Kako ste saznali za pravo i mogućnost da uložite prigovor/žalbu u vezi svog boravka u bolnici?	<input type="checkbox"/> iz brošure za pacijente <input type="checkbox"/> od drugih pacijenata <input type="checkbox"/> od zaposlenih <input type="checkbox"/> web <input type="checkbox"/> iz medija <input type="checkbox"/> drugo (molimo, opišite)
--	---