



Z A H T E V A ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

Ime, priimek pacienta :

Naslov :

Telefon :

e-naslov :

Opis domnevne kršitve :

.....
.....
.....
.....
.....

Podatki o udeleženih zdravstvenih delavcih / zdravstvenih sodelavcih :

.....
.....

Podatki o drugih udeleženih osebah :

.....
.....

Čas in kraj domnevne kršitve :

.....
.....

Morebitne posledice domnevne kršitve :

.....
.....
.....

Predlog za odpravo nepravilnosti / kršitve :

.....
.....
.....

Datum :
.....

Podpis pacienta :
.....