Polja označena zvjezdicom (\*) su obvezna.

|  |
| --- |
| **Pritužbu podnosi\*:  pacijent osobno  srodnik:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  skrbnik /zakonski zastupnik****\*obavezan podatak****Ime i prezime podnositelja pritužbe\*:****\*obavezan podatak** |
| **Podaci za daljnji kontakt s podnositeljem pritužbe:****Adresa (ulica i broj, mjesto i poštanski broj):****Telefon/mobilni telefon:****E- mail:****\*obavezan podatak** |
| **Ime i prezime pacijenta\*:****\*obavezan podatak** |
| **MBO pacijenta\*****\*obavezan podatak** |

|  |
| --- |
| **Datum, vrijeme i mjesto događaja\*:****\*obavezan podatak** |
| **Na koga se pritužujete\***(**\*obavezan podatak):**liječnik med. sestra tim fizioterapeut radiološki tehnolog  tehničar u laboratoriju administrator ostalo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Na što se odnosi Vaš prigovor: |
| Ime i prezime zaposlenika koji su uključeni u događaj: |
| **Kome ste prethodno uputili usmeni prigovor\***:**\*obavezan podatak** |
| Kakav ste odgovor dobili: |

 Molimo okrenite.

|  |
| --- |
| Opišite neželjeni događaj, odnosno s čim ste nezadovoljni: |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATUM podnošenja pritužbe:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****POTPIS podnositelja pritužbe:**  |  **Datum i vrijeme zaprimanja:** **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Broj pritužbe\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ispunjava administrator) |

Molimo vas da prethodno pisanoj pritužbi svoj usmeni prigovor prvo uputite osoblju i/ili glavnoj sestri i pročelniku ustrojstvene jedinice (na odjelu, ambulanti, šalteru). Ukoliko razgovorom nije moguće riješiti uzroke vašeg nezadovoljstva imate pravo uputiti pisanu pritužbu.

Prijava pritužbe dostavlja se u ured urudžbenog zapisnika na 2. katu Dnevne bolnice i zaprima se u ravnateljstvu bolnice.

Službeni pisani odgovor dobit će osoba koja je u potpunosti ispunila obrazac u zakonskom roku od datuma zaprimanja pritužbe.