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.