



ZAHTEVA ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

Ime in PRIIMEK (pacienta)

Datum rojstva:.....

Naslov, **pošta**

Telefonska številka
.....

e-pošta
.....

Domnevna kršitev pacientovih pravic

Datum in čas - ura :
.....

Kraj (ambulanta...) naslov:

Udeležene osebe:

Posledice kršitve pacientovih pravic

Kratek opis domnevne kršitve:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PREDLOG za rešitev spora oz. odpravo kršitve :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Kraj in datum: _____ Lastnoročni podpis pacienta: _____