

ZAPISNIK O USTNI / PISNI ZAHTEVI (obkroži)

Ime in priimek pacienta		
Prebivališče pacienta		
Kontaktne podatke pacienta	Telefon:	
	El. pošta:	
Opis domnevne kršitve pacientovih pravic		
Podatki o udeleženi zdravstveni delavci oz. sodelavci :		
Ime in priimek		
Delovno mesto		
Podatki o morebitnih drugih udeleženi osebah:		
Ime in priimek		
Čas in kraj domnevne kršitve pacientovih pravic		
Morebitne posledice domnevne kršitve pacientovih pravic		
Morebitni predlog za rešitev spora		
Pisna privolitev pacienta: V skladu s 5. odst. 60. čl. Zakona o pacientovih pravicah soglašam, da pristojna oseba lahko opravi vpogled v mojo zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na obravnavano kršitev:		
DA NE		
Podpis pacienta		
Številka		
Bolnišnica Topolšica		
Zapisal(a)	Pacient	Datum