

ZAPISNIK o ustni zahtevi

Ime in priimek pacienta: _____

Prebivališče pacienta: _____

Kontaktni podatki pacienta: telefon: _____; el. pošta: _____

Opis domnevne kršitve pacientovih pravic:

Podatki o udeleženih zdravstvenih delavcih oz. sodelavcih:

Ime in priimek: _____

Delovno mesto: _____

Podatki o morebitnih drugih udeleženih 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)

Ormož, _____

Št.: _____

Zdravstveni dom Ormož

Zapisal(a):

Pacient: