Jedinstveni red.broj pritužbe (dodjeljuje Odjel za kvalitetu): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Pritužbu podnosi:**  pacijent osobno  srodnik:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  skrbnik/zakonski zastupnik  **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: |
| **Ime i prezime pacijenta:** |
| **Datum, vrijeme i mjesto događaja:** |

|  |
| --- |
| Kome ste se prethodno obratili: |
| Kakav ste odgovor dobili: |

|  |
| --- |
| **Ime i prezime zaposlenika koji su uključeni u događaj:** |

|  |
| --- |
| **Opišite događaj odnosno na što se žalite:**  Prema potrebi možete nastaviti pisati tekst na poleđini. |

|  |  |
| --- | --- |
| **DATUM podnošenja pritužbe:**  **POTPIS podnositelja pritužbe:** | **Datum i vrijeme zaprimanja:** |

**OKRENI**

|  |
| --- |
| **Nastavak opisa događaja:** |

Pritužba se predaje u tajništvo Specijalne bolnice za plućne bolesti. Službeni pisani odgovor dobit će osoba koja je u potpunosti ispunila obrazac u zakonskom roku od datuma zaprimanja pritužbe. **Zahvaljujemo.**