



ZAHTEVA ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

Ime in PRIIMEK (pacienta)

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. odprave kršitve pacientovih pravic :

.....

.....

Datum:

Podpis pacienta: