



## 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: .....