



OB KAD-40 Zahteva za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic

ZD TRBOVLJE

Zdravstveni dom Trbovlje

Tajništvo

Rudarska cesta 12, 1420 Trbovlje

E-naslov: tajnistvo@zd-trbovlje.si

IZPOLNI ZD TRBOVLJE

Opravična številka:

Datum prejema:

Zahteva za prvo obravnavo kršitev pacientovih pravic (**prva zahteva**) je vsaka **pisna** pritožba, ki se nanaša na odnos ali ravnanje zdravstvenih delavcev in vsebuje elemente kršitev pacientovih pravic. V ZD Trbovlje se vse prve zahteve sprejemajo in obravnavajo pred pristojno osebo ZD Trbovlje skladno z določili Zakona o pacientovih pravicah (Ur. l. RS, št. 15/08 in nasl.; v nadaljevanju: ZPacP) in internim aktom – NAVODILA O REŠEVANJU PRITOŽB PACIENTOV V ZDRAVSTVENEM DOMU TRBOVLJE.

PODATKI O VLAGATELJU:

Ime in priimek:	
Razmerje do pacienta (če vlagatelj NI pacient):	
Ulica:	Hišna številka:
Poštna številka:	Kraj:
Tel. številka	E-naslov:

PODATKI O PACIENTU, ČE VLAGATELJ NI PACIENT:

Ime in priimek:	Datum rojstva:
-----------------	----------------

Če pritožbe oz. prve zahteve ne vlagate v lastnem imenu kot pacient, k obrazcu priložite tudi pisno **pooblastilo** pacienta in izkažite njegovo identiteto (npr. osebni dokument pacienta na vpogled). To ne velja za primere začasne ali trajne nesposobnosti odločanja o lastnem zdravljenju pacienta, kot jih določa ZPacP.

PODATKI O DOGODKU

DATUM:	URA:	KRAJ: (Služba / ambulanta, kjer je domnevna kršitev nastala):
Opis posledic dogodka:		



OB KAD-40 Zahteva za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic

ZD TRBOVLJE

Predlog rešitve spora:

Podatki o udeleženi zdravstvenih delavcih oziroma zdravstvenih sodelavcih ZD Trbovlje:

Vlagatelj s podpisom te zahteve pooblašča pristojno osebo ZD Trbovlje, da vpogleda v zdravstveno dokumentacijo pacienta v delu, ki se nanaša na domnevno kršitev (obkrožiti):

DA

NE

OPIS DOGODKA



OB KAD-40 Zahteva za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic

ZD TRBOVLJE

Priloge:

Podpis vlagatelja: _____