



ZAPISNIK O USTNI / PISNI ZAHTEVI (obkroži)

Ime in priimek pacienta			
Prebivališče pacienta			
Kontaktne podatke pacienta	telefon:		
	el. pošta:		
Opis domnevne kršitve pacientovih pravic			
Podatki o udeleženi zdravstveni delavci oz. sodelavci :			
Ime in priimek			
Delovno mesto			
Podatki o morebitnih drugih udeleženi 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			
Številka			
Zapisal(a)	Pacient	Datum	