Zdravstveni dom Ilirska Bistrica	**ZAPISNIK O USTNI / PISNI (obkroži) ZAHTEVI**

Ime in priimek pacienta, rojstni podatki	
Naslov pacienta	
Kontaktni podatki pacienta	○ Telefonska št. _____ ○ el. Pošta _____
Opis domnevne kršitve pacientovih pravic	
Podatki o udeleženih zdravstvenih delavcih oz. sodelavcih:	
Ime in priimek	
Delovno mesto	
Čas in kraj domnevne kršitve pacientovih pravic	
Vrsta izraženega nezadovoljstva	a. nezadovoljstvo s strokovnim delom in izvajanjem b. nezadovoljstvo z odnosom zdravstvenega osebja c. splošno mnenje, vtis, pripombe……
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	
Zdravnik	
Zdravstveni dom	

Zapisal(a)	Pacient	Datum