

 DOM ZDRAVLJA DUBROVNIK Dr. Ante Starčevića 1, 20000 Dubrovnik tel: +385 20 641600, fax: +385 20 422122 info@dom-zdravlja-dubrovnik.hr www.dom-zdravlja-dubrovnik.hr	PRAVA PACIJENATA	Urudžbeni broj: Vrijedi od : 18.11.2019.
	PRIJAVA PRITUŽBE	

(dokument usvojilo stručno vijeće Doma zdravlja Dubrovnik)

Pritužbu podnosi : ☐ pacijent osobno ☐ srodnik _____ ☐ skrbnik / zakonski zastupnik Ime i prezime podnositelja pritužbe *: *obavezan podatak
Podaci za daljni kontakt s podnositeljem pritužbe: Adresa (ulica i broj, mjesto i poštanski broj): Telefon/ mobitel :
Ime i prezime pacijenta:
Datum , vrijeme i mjesto događanja

Ime i prezime zaposlenika koji su uključeni u događaj:
--

Opis događanja:

Datum podnošenja pritužbe:

Potpis podnosioca pritužbe:

Datum i vrijeme zaprimanja:

Pritužba se predaje na protokol u Ured ravnatelja Doma zdravlja Dubrovnik .

Službeni pisani odgovor dobit će osoba koja je ispunila obrazac u zakonskom roku od datuma zaprimanja pritužbe.

Hvala