	OPĆA BOLNICA BJELOVAR	PP - 2
	JEDINICA ZA OSIGURANJE I UNAPREĐENJE KVALITETE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	OB - PP - 2 - 1
	PRIJAVA PRITUŽBE	IZDANJE 1.
		Stranica 1 od 2

Pritužbu podnosi: pacijent osobno srodnik skrbnik /zakonski zastupnik

Ime i prezime podnosioca pritužbe*:
*obavezan podatak

Podaci za daljnji kontakt s podnosiocem pritužbe:

Adresa (ulica i broj, mjesto i poštanski broj):

Telefon/mobilni telefon:

Ime i prezime pacijenta:

Datum, vrijeme i mjesto događaja:

Kome ste se prethodno obratili:

Kakav ste odgovor dobili:

Ime i prezime zaposlenika koji su uključeni u događaj:



Opišite događaj odnosno na što se žalite:

Prema potrebi možete nastaviti pisati tekst na poleđini.

Datum podnošenja pritužbe:	Datum i vrijeme zaprimanja:
-----------------------------------	------------------------------------

POTPIS podnosioca pritužbe:

OKRENITE

 	OPĆA BOLNICA BJELOVAR	PP - 2
		OB - PP - 2 - 1
	JEDINICA ZA OSIGURANJE I UNAPREĐENJE KVALITETE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	
	PRIJAVA PRITUŽBE	IZDANJE 1. Stranica 2 od 2

Nastavak opisa događaja:

Pritužba se predaje u Uredu ravnatelja OB Bjelovar.
Službeni pisani odgovor dobit će osoba koja je u potpunosti ispunila obrazac u
zakonskom roku od datuma zaprimanja pritužbe.

Zahvaljujemo.