OBRAZAC ZA PRIJAVU PRITUŽBE PACIJENATA

Ime i prezime podnositelja pritužbe:	**Adresa i kontakt telefon podnositelja pritužbe:**
_____	_____
Ime i prezime pacijenta:	**Datum i mjesto (odjel) događaja:**
_____	_____

Sadržaj pritužbe (uključuje opis, vrijeme, i osobe uključene u događaj):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Napomena: Ispunjeni Obrazac pritužbe može se ubaciti u označene sandučiće koji se nalaze u predvorju ŽB Čakovec ili poslati na e-mail: kvaliteta@bolnica-cakovec.hr i/ili bolnica-cakovec@bolnica-cakovec.hr. Službeni pisani odgovor u roku od 8 dana dobiti će osoba koja je u potpunosti ispunila obrazac.

POŠALJI E-MAIL **ISPIS**