|  |
| --- |
| **Pritužbu podnosi:**   [ ] pacijent osobno [ ]  obitelj: [ ]  skrbnik  |
| **Ime i prezime pacijenta, godina rođenja:** | **Ime i prezime podnositelja pritužbe**: |
| **Podaci za daljnji kontakt s podnositeljem pritužbe**Adresa (ulica i broj, mjesto i poštanski broj):Broj telefona/mobitela: e-mail: |
| **Datum, vrijeme i mjesto događaja (Odjel/ambulanta):** |

|  |
| --- |
| Kome ste se prethodno obratili:  |
| Kakav ste odgovor dobili:  |

|  |
| --- |
| **Ime i prezime zaposlenika koji su uključeni u događaj:** |
| **Opis događaja/na što se žalite:** |

 **Datum** podnošenja pritužbe: **Potpis** podnositelja pritužbe:

**Napomena:** *Osoba koja je ispunila obrazac može ga ubaciti u sandučić, koji se nalazi na zidu ispred šaltera prijamne ambulante ili će ispuniti formu obrasca na web stranici Bolnice te je proslijediti putem e-mail adrese na* *kvaliteta@ortopedija-biograd.com* *(***Pritisnite tipku CTRL te zatim kliknite na e-mail adresu, ispunjen obrazac spremite, te u otvorenu e-mail adresu dodate obrazac kao privitak***). Službeni pisani odgovor na pritužbu u roku od 8 dana dobiti će osoba koja je u potpunosti ispunila obrazac.*

**Zahvaljujemo**