|  |  |
| --- | --- |
| **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*](mailto:kvaliteta@ortopedija-biograd.com?subject=Obrazac%20za%20prijavu%20pritužbi) *(****Pritisnite tipku CTRL te klikom miša otvorite e-mail adresu****). Službeni pisani odgovor na pritužbu u roku od 8 dana dobiti će osoba koja je u potpunosti ispunila obrazac.*

**Zahvaljujemo**