

ZAHTEVA ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITEV PACIENTOVIH PRAVIC

Splošna bolnišnica Celje

Pravna služba

(Pristojna oseba za obravnavo kršitev pacientovih pravic)

Oblakova ulica 5, 3000 Celje

E naslov: pritozbe@sb-celje.si

IZPOLNI SB CELJE:

Opravična številka:

Datum prejema:

Zahteva za prvo obravnavo kršitev pacientovih pravic (**prva zahteva**) je vsaka **pisna** pritožba, ki se nanaša na odnos ali ravnanje zdravstvenih delavcev in vsebuje elemente kršitev pacientovih pravic. V SB Celje se vse prve zahteve sprejemajo in obravnavajo pred pristojno osebo SB Celje skladno z določili Zakona o pacientovih pravicah (Ur. l. RS, št. 15/08, 55/17 in 177/20; ZPacP) in internim aktom - PRAVILNIK O REŠEVANJU PRITOŽB PACIENTOV IN OSTALIH ODJEMALCEV V SPLOŠNI BOLNIŠNICI CELJE (SKP PR 013)

PODATKI O VLAGATELJU

Ime priimek:	
Razmerje do pacienta (če vlagatelj NI pacient):	
Ulica:	Hišna številka:
Poštna številka:	Kraj:
Tel. številka	e-naslov:

PODATKI O PACIENTU, ČE VLAGATELJ NI PACIENT

Ime in priimek:	Datum rojstva:
-----------------	----------------

Če pritožbe oz. prve zahteve ne vlagate v lastnem imenu kot pacient, k obrazcu priložite tudi pisno pooblastilo pacienta in izkažite njegovo identiteto (npr. fotokopija osebnega dokumenta). To ne velja za primere začasne ali trajne nesposobnosti odločanja o lastnem zdravljenju pacienta, kot jih določa ZPacP.

PODATKI O DOGODKU

Datum:	Ura:	Kraj (oddelek, služba kjer je domnevna kršitev nastala):
Posledice opisanega dogodka:		
.....		
.....		
.....		
.....		

Predlog rešitve spora:

.....
.....

Podatki o udeleženi zdravstvenih delavcih, oziroma zdravstvenih sodelavcih SB Celje:

Vlagatelj s podpisom tega zapisnika pooblašča pristojno osebo SB Celje, da vpogleda v zdravstveno dokumentacijo pacienta v delu, ki se nanaša na domnevno kršitev (*obkrožiti*):

DA NE

OPIS DOGODKA

Priloge:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Podpis vlagatelja:
