



Klinička bolnica Dubrava
Služba za osiguranje i unapređenje
kvalitete zdravstvene zaštite
Avenija Gojka Šuška 6
10000 Zagreb
Telefon: (01) 290 2726
Telefax: (01) 290 2726
E-mail: slk@kbd.hr

OBRAZAC ZA PRIJAVU PRITUŽBE PACIJENTA

Pritužbu podnosi: <input type="checkbox"/> pacijent osobno <input type="checkbox"/> srodnik _____ <input type="checkbox"/> skrbnik/zakonski zastupnik Podnositelj pritužbe (ime i prezime, adresa, kontakt telefon):	Datum prijave:
Mjesto na kojem je nastao događaj:	Datum i vrijeme događaja:
Ime i prezime pacijenta (OIB ili MBO):	
Ime i prezime djelatnika koji su uključeni u događaj:	
Sadržaj pritužbe:	

Potpis podnositelja pritužbe

Napomena:

Osoba koja je ispunila obrazac pritužbe može ga predati na slijedeći način:

- ubaciti u sandučić za pritužbe koji se nalazi kod šaltera za centralni prijem i otpust
- uručiti ga i protokolirati u pisarnicu
- predajom pritužbe putem e-maila na adresu kvaliteta@kbd.hr
- Izjavljujem da svojom slobodnom voljom dajem privolu da se u svrhu postupanja po ovoj pritužbi od strane KB Dubrava obrađuju ovdje moji navedeni osobni podaci