


| | | |
|---|--|-------------------------|
|  DZ ZAGREB - ZAPAD | PRAVA PACIJENATA | Šifra: OB-PP.1-1 |
| | OBRAZAC ZA PRIJAVU PRITUŽBE PACIJENTA | Str.: 1 |
| | | Vrijedi od: 28.08.2023. |
| | | Revizija: 00/00 |

| | |
|------------------------------------|--|
| Ime i prezime podnosioca pritužbe: | |
| Adresa: | |
| Tel./mob.: | |
| e-mail: | |
| Datum i mjesto događaja: | |
| Osoba na koju se žalite: | |

| |
|--|
| Vaša pritužba odnosi se na: <input type="checkbox"/> Liječenje <input type="checkbox"/> Komunikaciju <input type="checkbox"/> Organizaciju rada <input type="checkbox"/> Tehničke uvjete <input type="checkbox"/> Drugo (upišite što) _____ |
|--|

| | |
|---|-----------------------------|
| Sadržaj pritužbe (uključujući datum, vrijeme, mjesto i uključene osobe) | |
| | |
| Datum: | Potpis podnosioca pritužbe: |

NAPOMENA: Ispunjeni i potpisani obrazac može se dostaviti osobno ili poštom u Ravnateljstvo – Pisarnicu Doma zdravlja, Prilaz baruna Filipovića 11, Zagreb ili putem e-maila: pritužbe.pohvale@dzz-zapad.hr. Službeni pisani odgovor u roku od 8 dana dobit će osoba koja je u potpunosti ispunila obrazac. Anonimne pritužbe će se razmotriti, ali na njih se iz razumljivih razloga neće odgovoriti.