 Ortopedska bolnišnica Valdoltra	<b>Zahteva za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic v Ortopedski bolnišnici Valdoltra</b>	OBR 100-008
		Verzija: 1
		Stran: 1/2

Datum:	Zap. št. zahteve: (izpolni pravnik svetovalec)
--------	---

**Podatki o vlagatelju/vlagateljici:**

Ime in priimek	
Naslov prebivališča: – ulica in hišna številka . – poštna številka	
Kontaktne podatke – št. tel./GSM – e-pošta	


**Vsebina pritožbe:**

**Podatki o udeleženi zdravstveni delavci oziroma zdravstveni sodelavci ali/in o morebitnih drugih udeleženi osebah**

Ime in priimek: Oddelek/slужba:
------------------------------------

**Čas in kraj domnevne kršitve pacientovih pravic:**

Datum: Čas: Kraj:
-------------------------

 Ortopedska bolnišnica Valdoltra	Zahteva za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic v Ortopedski bolnišnici Valdoltra	OBR 100-008
		Verzija: 1
		Stran: 2/2

**Morebitne posledice domnevne kršitve pacientovih pravic:**

**Morebitni predlog za rešitev spora:**

**Pisna privolitev pacienta:**

V skladu z določbo petega odstavka 60. člena Zakona o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08) izjavljam:

Soglašam, da pristojna oseba vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na obravnavano kršitev.

Podpis vlagatelja/vlagateljice: .....

Datum: .....