

	<p>Opća bolnica Varaždin</p>	<p>PRIJAVA PRITUŽBE</p>	<p>OZ-UPP-PP/2 Stranice: 1 od 1 Izdanje: 1 Datum stupanja na snagu: Srpanj 2019.</p>
---	----------------------------------	-------------------------	--

Prijava pritužbe

Ime i prezime podnositelja pritužbe: _____

Adresa (ulica i broj, mjesto i poštanski broj): _____

Telefon/mobilni telefon: _____

Ime i prezime pacijenta: _____

OIB ili MBOO (pacijenta): _____

Datum i vrijeme događaja: _____

Služba/odjel gdje se događaj zbio: _____

Žalite se na: (Liječenje, ponašanje i komunikaciju, higijenu smještaja, dugo čekanje, prehranu, drugo)

Osoba na koju se žalite:

Opišite događaj, odnosno na što se žalite:

Potpis podnositelja prijave:

Datum:

Napomena:

Pritužbe se mogu:

- poslati poštom na ispunjenom obrascu na adresu: Opća bolnica Varaždin, I. Meštrovića 1, 42000 Varaždin
- uručiti i protokolirati ispunjeni obrazac u Uredžbeni ured bolnice (sve tri lokacije)
- poslati putem elektroničke pošte na adresu : bolnica@obv.hr

Ako pritužba nije anonimna, pismeni odgovor na pritužbu poslati će se osobi koja je podnositelj pritužbe u roku od 8 dana, a ukoliko u tom razdoblju nije moguće dati odgovor zbog kompliciranosti slučaja, pismeno će biti obaviještena da je pritužba u fazi rješavanja i da će odgovor uslijediti naknadno u najbržem mogućem roku uz obrazloženje razloga kašnjenja.

Unaprijed Vam hvala!