**Molimo označite:**

 pritužba

**Podnositelj:**

**Pacijent osobno** Supružnik

Ime i prezime:

Skrbnik

Srodnik

Druga osoba u ime pacijenta:

Podnositelj pritužbe:

(ime i prezime)

Za pacijenta:

**Podaci o pritužbi:**

**Datum događaja:**

**Mjesto događaja**

**(odjel/ambulanta/uprava/ravnateljstvo):**

(upisati ime i prezime osobe za koju se podnosi predmet)

**Vaša pritužba se odnosi na (*molimo označite*):**

Liječenje Organizaciju rada

Komunikacija Tehnički uvjeti

Drugo (*upišite što*):

**OKRENITE!**

**Sadržaj pritužbe (uključujući datum, vrijeme, mjesto i uključene osobe):**

**Potpis podnositelja:**

**Datum:**

 **Podaci o osobi za daljnji kontakt\*:**

*\*NAPOMENA:Ukoliko želite dobiti odgovor na Vašu pritužbu, molimo Vas da navedete Vaše kontakt podatke. U*

*protivnom Vam nećemo biti u mogućnosti dostaviti odgovor.*

**Ime i prezime: Ulica i kućni broj:**

**Mjesto i poštanski broj: Telefon/mobilni telefon: E-mail:**

**Napomena*:*** Ispunjeni i potpisani obrazac ubacuje se u sandučić za pritužbe i pohvale koji se nalazi pored Jedinice za osiguranje I unapređenje kvalitetu zdravstvene zaštite, a može se poslati i poštom na adresu: *Opća bolnica Gospić* - *Jedinica za osiguranje i unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite, Kaniška 111, 53000 Gospić*. Službeni pisani odgovor na žalbu/prigovor dobiti će osoba koja je u potpunosti ispunila obrazac u roku 8 dana.