

OBRAZAC ZA PRIJAVU PRITUŽBE PACIJENTA

PODNOŠITELJ PRITUŽBE (ime i prezime, adresa, kontakt telefon/mobitel):	DATUM PRIJAVE:
MJESTO na kojem je nastao neželjeni događaj:	Datum nastanka događaja:
Ime i prezime pacijenta:	
Djelatnik/djelatnici koji su uključeni u neželjeni događaj:	
SADRŽAJ pritužbe:	

Potpis podnosioca pritužbe*/**

Napomena:

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

-urudžbirati ga u uredu stručnog referenta za tajničke poslove soba broj 3/ 4. kat.

Ako pritužba nije anonimna, pismeni odgovor na pritužbu poslat će se osobi koja je podnositelj pritužbe u roku od 8 dana, a ukoliko u tom razdoblju nije moguće dati odgovor zbog kompliciranosti slučaja ili drugih razloga, pismeno će se obavijestiti da je pritužba u fazi rješavanja i da će odgovor uslijediti za 15 radnih dana, uz obrazloženje razloga kašnjenja.

Stomatološka poliklinika Zagreb u postupanju s osobnim podacima pridržava se svih obveza propisanih Uredbom (EU) 2016/679 Europskog parlamenta i Vijeća od 27. travnja 2016. o zaštiti pojedinaca u vezi s obradom osobnih podataka i o slobodnom kretanju takvih podataka te poštujemo sva prava ispitanika u skladu s navedenom Uredbom.

*Za maloljetne pacijente prijavu podnosi roditelj

**Osoba koja podnosi pritužbu u ime punoljetnog pacijenta mora imati ovjerenu punomoć od strane javnog bilježnika