

## ZAHTEVA ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

### Kontaktni podatki vlagatelja:

Ime in priimek: ..... E-mail : .....

Naslov: ..... Telefon: .....

### Čas in kraj domnevne kršitve, oseba na katero se nanaša zahteva

Datum: ..... Ura: .....

Ambulanta: ..... Zdravstveni delavec: .....

### Kratek opis domnevne kršitve:

Predlog za rešitev spora: .....

.....

Datum: .....

Podpis: .....