



Odjel: _____

DIREKTOR

OBRAZAC ZA FORMALNU ŽALBU

Podaci o podnosiocu žalbe (kada se ne radi o pacijentu)

Ime i prezime: _____

Adresa: _____

Kontakt telefon: _____

Podaci o pacijentu (kada lično podnosi žalbu)

Ime i prezime: _____

Adresa: _____

Kontakt telefon: _____

Datum rođenja: _____ Mjesto rođenja: _____

Ordinirajući liječnik u bolnici: _____

(Molim, nepotrebno precrtati)

Sadržaj žalbe (uključujući datum / datume događaja, vrijeme, mjesto i uključene osobe):

Potpis podnosioca žalbe: _____ Datum: _____