|  |  |
| --- | --- |
|  | SPECIJALNA BOLNICA ZA ZAŠTITU DJECE S NEURORAZVOJNIM I MOTORIČKIM SMETNJAMA10000 ZAGREB, GOLJAK 2 email: tajnica@sbgoljak.hrURL [www.sbgoljak.hr](http://www.sbgoljak.hr)  |

**OBRAZAC ZA PRIJAVU PRITUŽBE PACIJENATA**

|  |  |
| --- | --- |
| Podnositelj Pritužbe ( ime i prezime, adresa, kontakt telefon ) | Datum prijave: |
| Odjel ili ambulanta na kojem je nastao neželjeni događaj: | Datum nastanka događaja: |
| Ime i prezime pacijenta: |
| Djelatnici koji su uključeni u neželjeni događaj: |
| Sadržaj pritužbe: |

 Potpis podnositelja pritužbe:

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **Napomena:** **Obrazac za prijavu pritužbe možete predati na slijedeće načine:**

* **Ubaciti u označeni sandučić za pritužbe**
* **Urudžbirati u tajništvu**
* **Poslati na mail adresu** **tajnica@sbgoljak.hr**

 **Ako pritužba nije anonimna, pisani odgovor na pritužbu poslat će se, u roku od 8 dana, osobi koja je
 podnositelj pritužbe.**