



ОБРАЗАЦ ПРИГОВОРА

Подаци о пацијенту – детету:

Име: _____

Презиме: _____

ЈМБГ _____

ЛБО _____

Адреса (насеље, улица и број): _____

Телефон: _____

Е-адреса: _____

Подаци о подносиоцу приговора (родитељу, усвојитељу, старатељу, односно законском заступнику малолетног пацијента и другом овлашћеном лицу):

Име: _____

Презиме: _____

Адреса (насеље, улица и број): _____

Однос подносиоца захтева и пацијента (уколико пацијент није подносилац приговора):

- _____

Датум настанка догађаја који је предмет приговора: _____

Предмет приговора (означити једно од понуђених могућности):

- 1) квалитет здравствених услуга (дијагностика, лечење, нега, исхрана, хигијена);
- 2) заказивање термина за пружање здравствене услуге (првог или контролног специјалистичког прегледа, дијагностике, рехабилитације);
- 3) време чекања на пружање здравствене услуге на клиници, дневној болници, поликлиничкој амбуланти, односно дијагностичкој служби;
- 4) поступање здравствених радника, здравствених сарадника или других запослених, односно радон ангажованих који учествују у пружању здравствене заштите;
- 5) комуникацију, односно понашање здравствених радника, здравствених сарадника или других запослених, односно радон ангажованих који учествују у пружању здравствене заштите.

Назив Одељења на ком је настао догађај, односно понашање које је предмет притужбе:

Подаци о лицу/лицима на које се приговор односи (име презиме, односно радно место које обавља на Одељењу или опис лица):

Кратко образложење приговора, односно опис чињења или нечињења запослених на које се приговор односи:

Сагласан сам да Институт за здравствену заштиту деце и омладине Војводине Нови Сад врши обраду мојих личних података у складу са Законом о заштити података о личности.

Датум: _____

Потпис подносиоца приговора

Место: _____
