|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVOOSJEČKO BARANJSKEŽUPANIJE | PRAVA PACIJENATA | Oznaka dokumenta:OB – P – 1Vrijedi od : 1.10.2024.Stranica: 1/2 |
| OBRAZAC ZA PRIJAVU PRITUŽBE / POHVALE/ PRIJEDLOGAPACIJENATA |

Poštovana/i,

vaše zadovoljstvo našim uslugama cilj je kojem smo posvećeni u svakom aspektu našeg rada. Bilo da se radi o iskazivanju zadovoljstva ili nezadovoljstva, cijenimo Vaše mišljenje i bili bismo Vam zahvalni  da nam kažete isto. Sve pritužbe, prijedloge i pohvale koje zaprimimo od korisnika naših usluga i pacijenata predstavljaju nam važne smjernice za daljnje unapređenje kao jedne od vodećih javno zdravstvenih ustanova na području regije iz područja javnog zdravstva. U potpunosti ispunjen i potpisan obrazac dostavlja se u Ravnateljstvo ili u Jedinicu za osiguranje i unapređenje kvalitete zdravstvene zaštite osobno, poštom, elektronski, faksom. Kontakt podaci nalaze se na mrežnim stranicama NZZJZ Osijek.

Službeni odgovor na pritužbu / pohvalu ili prijedlog u roku od osam (8) dana dobit ćete ukoliko u potpunosti ispunite obrazac.

|  |  |
| --- | --- |
| Ime i prezime podnositelja pritužbe / pohvale / prijedloga :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Adresa ( ulica i broj, mjesto i poštanski broj) podnositelja pritužbe / pohvale / prijedloga i kontakt telefon: | Datum i mjesto događaja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Ime i prezime djelatnika koji su uključeni u događaj:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NASTAVNI ZAVOD ZA JAVNO ZDRAVSTVOOSJEČKO BARANJSKEŽUPANIJE | PRAVA PACIJENATA | Oznaka dokumenta:OB – P – 1Vrijedi od : 1.10.2024.Stranica: 2/2 |
| OBRAZAC ZA PRIJAVU PRITUŽBE / POHVALE/ PRIJEDLOGA PACIJENATA |

|  |
| --- |
| Sadržaj pritužbe / pohvale / prijedloga (opišite događaj, uključujući vrijeme, datum, mjesto i uključene osobe): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Unaprijed Vam hvala!

|  |  |
| --- | --- |
| DATUM podnošenja pritužbe / pohvale / prijedloga:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_POTPIS podnositelja pritužbe / pohvale/ prijedloga:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Datum i vrijeme zaprimanja:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |