

Datum izpolnjevanja:

Vaš kontakt (v kolikor želite, da vas seznanimo z odgovorom): _____

Kot (obkroži): PACIENT SVOJEC SPREMLJEVALEC **vam posredujem svoje:**

a) MNENEJE b) PREDLOG c) PRIPOMBO d) POHVALO

Navezuje se na (obkroži) :

a) DELO b) ODNOS ZAPOSLENIH c) ZDRAVLJENJE/OBRAVNAVAO
d) NA DOLOČENO OSEBO _____ e) SPLOŠNO

ENOTA/ DEJAVNOST (obkroži):

1. SPLOŠNE AMBULANTE (katera?) _____
2. ZOBOZDRAVSTVO (katera ambulanta?) _____
3. DISPANZER ZA ŽENE
4. DISPANZER MEDICINE DELA, PROMETA IN ŠPORTA
5. OTROŠKO ŠOLSKI DISAPNZER (katera ambulanta?) _____
6. LABORATORIJ
7. CENTER ZA KREPITEV ZDRAVJA
8. UPRAVA
9. PATRONAŽA

Kratek opis mnenja, predloga, pripombe ,pohvale.

Zahteva za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic mora biti vložena v tajništvo uprave osebno.
Ta vprašalnik nam služi kot pomemben kazalnik kakovosti dela, zato ga oddajte v nabiralnik za mnenja in predloge.

Vodstvo Zdravstvenega doma Gornja Radgona