



# Zdravstveni dom Sevnica

Trg svobode 14, 8290 Sevnica

## ZAHTEVA ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

Ime in PRIIMEK (pacienta) .....

Naslov ....., pošta .....

Telefonska številka .....

e-pošta .....

Domnevna kršitev pacientovih pravic .....

Datum in čas - ura :

.....

Kraj (ambulanta...) naslov: .....

Udeležene osebe: .....

Posledice kršitve pacientovih pravic .....

**Kratek opis domnevne kršitve:**

.....

.....

.....

**PREDLOG za rešitev spora oz. odprave kršitve pacientovih pravic :**

.....

.....

Datum: .....

**Podpis pacienta:**

.....



---

# Zdravstveni dom Sevnica

---

Trg svobode 14, 8290 Sevnica

Štev.: .....

Datum: .....

Ime in priimek,  
naslov

## **PISNI ZAZNAMEK**

Na podlagi 2. odstavka 61. člena Zakona o pacientovih pravicah (Ur.l.RS št. 23/08) se zahtevi za I. obravnavo kršitve pacientovih pravic z dne ....., ki jo je vložil

Ime in PRIIMEK ....., stanujoč .....,  
v celoti ugoti.

Dopis oz. Zahteva za I. obravnavo kršitve pacientovih pravic: ime in priimek.....z dne..... je sestavni del spisa obravnavane zadeve.

Datum: .....

Postopek vodil: .....

Direktorica ZD :  
Vladimira Tomšič,dipl.med.sestra



# Zdravstveni dom Sevnica

Trg svobode 14, 8290 Sevnica

## REŠEVANJE POBUD IN ZBIRANJE POHVAL

### VRSTA POBUDE/POHVALE:

- Pisna  
 e-pošta  
 posredovana  
osebno

ZAP ŠT.: .....

Datum prejema  
pobude/pohvale:

### NAČIN POBUDE/POHVALE:

- Anonimen  
 s podpisom  
predlagatelja

### PODATKI o predlagatelju pobude/pohvale:

Ime in priimek:

Naslov:

Tel. št.:

Elektronski naslov:

**OE** (na katero se nanaša pobude/pohvala): .....

**Opis pobude/pohvale** (v primeru pisne pobude/pohvale, se le-ta priloži):

---

**Odgovorna oseba** za rešitev pobude oz.  
prenosa pohvale: .....

**Rok za rešitev**  
pobude/pohvale: .....

Vodja OE ali direktor ZD: .....

---

**Opis rešitve pobude oz. prenosa pohvale:**

Datum seznanitve s rešitvijo pobude predlagatelja oz.  
prenosa pohvale:

.....

Podpis odgovorne osebe za  
rešitev pobude oz. pohvale:

.....



---

# Zdravstveni dom Sevnica

---

Trg svobode 14, 8290 Sevnica

Štev.:

Datum:

Ime in PRIIMEK (pacienta) : .....

Naslov

## V A B I L O

Spoštovani!

Vabimo Vas, da se udeležite ustne obravnave v zvezi z vloženo zahtevo za I. obravnavo pacientovih pravic, ki bo dne .....ob .....uri v prostorih ZD Sevnica v .....zaradi pridobitve dodatnih informacij ( zahtevo lahko dopolnite z dodatno dokumentacijo) in odločitve v zvezi z vloženo zahtevo.

**Opomba:** v kolikor se ustne obravnave ne boste udeležili ali za sodelovanje na ustni obravnavi pooblastili zastopnika ali drugo osebo, se šteje, da ste svojo Zahtevo za I. obravnavo pacientovih pravic umaknili in je postopek ustavljen.

Lep pozdrav.

Direktorica ZD :

Vladimira Tomšič,dipl.med.sestra



---

# Zdravstveni dom Sevnica

---

Trg svobode 14, 8290 Sevnica

Štev.:

Datum:

## ZAPISNIK

o ustni obravnavi, sestavljen dne ..... v prostorih tajništva ZD Sevnica v zvezi z obravnavo Zahteve za I. obravnavo kršitve pacientovih pravic, ki jo je podal pacient .....

Ustna obravnava začeta ob ..... uri.

Navzoči:

- ime in priimek – pacient
- ime in priimek - vodja OE
- ime in priimek - vodja službe (ambulante), v kateri je kršitev nastala.

Ugotovi se, da so se na pisno vabilo na ustno obravnavo odzvali vsi vabljeni.

Pacient ..... soglaša, da je navzoč tudi .....

Uvodoma se prisotnim obrazloži namen sklica I. obravnave, da se bo razpravljalo o Zahtevi za I. obravnavo kršitve pacientovih pravic, ki jo je podal pacient .....

Pacient izpove:

- Opis dogodka: - udeležene osebe
- čas in kraj dogodka
  - opis morebitne kršitve pacientovih pravic
  - opis morebitnih posledic za pacienta

Predlog razrešitve spora oz. odprave kršitve:

Udeleženci sklenejo naslednji

DOGOVOR:

Opomba pacienta: omejujem vpogled v zdravstveno dokumentacijo na del, ki se nanaša na zahtevo za obravnavo zgoraj navedene kršitve:

**DA**        **NE**        (ustrezno obkroži).

Zapisnik je bil glasno narekovan, pacientu se prebere sklenjen DOGOVOR.

Obravnava je bila zaključena ob ..... uri.

**POUK O PRAVNEM SREDSTVU:**

Pritožbo lahko pacient vloži najpozneje v 15 dneh po prejemu zapisnika postopka za I. obravnavo kršitve pacientovih pravic ali po poteku roka za izvršitev Dogovora, če ta ni bil dosežen in sicer na Komisijo Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic pri Ministrstvu za zdravje, Štefanova 5, Ljubljana.

ZAPISALA:

VODJA OE:

PACIENT: