

OBRAZAC ZA PRIGOVORE / POHVALE NA RAD
JU ZAVOD ZA MEDICINU RADA KANTONA SARAJEVO
-Komisija za prigovore-

OB - 09

Ime i prezime korisnika zdravstvene usluge : _____

Adresa : _____

Telefon: _____ Mail: _____

Vrijeme podnošenja prijave: _____ Zanimanje: _____

Navesti tačno organizacionu jedinicu na koju se prigovor/pohvala odnosi:

Centar za prof.bolesti i preventivne preglede - Centrali objekat Otoka	Ordinacija medicine rada
Služba _____	Ambulanta _____
Ljekarska komisija	Nemedicinska služba
Lokacija _____	Lokacija _____

Vrsta usluge: ☐ medicinska ☐ ostalo	Prigovori/ pohvale se odnosi na:	☐ organizacija rada ☐ odnos zdravstvenih radnika prema pacijentu ☐ kvalitet liječenja/terapije ☐ kvalitet lijeka ☐ tehnička opremljenost ☐ ostalo
--	--	--

Prigovori / pohvale o zdravstvenim uslugama:

Prilog:

Sugestije za unaprijeđenje zdravstvenih usluga:

Sarajevo, _____.godine

Potpis podnosioca prigovora:

UPUTSTVO ZA POPUNJAVANJE OBRASCA ZA PRIGOVOR / POHVALU

- Pismeni prigovor podnosi pacijent lično ili druga osoba uz ovjerenu punomoć od strane nadležnog organa, i uz kopiju identifikacionog dokumenta podnosioca prigovora;
- U obrascu za prigovor tačno i precizno navesti razlog podnošenja prigovora / pohvale i nezadovoljstva pacijenta;
- Navesti ime radnika i radno mjesto radnika u JU Zavod za medicinu rada KS na kojeg se podnosilac prigovora žali;
- Vrijeme učinjene povrede prava pacijenta;
- Navesti svjedoke događaja;
- Priložiti pisane dokaze.

NAPOMENA: Podnosilac prigovora će dobiti potvrdu o prijemu prigovora na protokolu Zavoda, kao i pismeni odgovor na prigovor u zakonskom roku na kućnu adresu ukoliko ostavi adresu prebivališta ili e-mail.