



OPĆA I VETERANSKA BOLNICA "HRVATSKI PONOS"  
KNIN

Oznaka dokumenta:  
OB-PP-PŽ1

**Jedinica za osiguranje i unapređenje kvalitete  
zdravstvene zaštite**

Vrijedi od  
01.08.2025.  
godine

**PRAVA PACIJENATA**

**OBRAZAC ZA PRIJAVU PRITUŽBE PACIJENATA**

Datum pritužbe/prigovora: \_\_\_\_\_

Predmet pritužbe/prigovora: odjel/službu/djelatnik: \_\_\_\_\_

Podnositelj pritužbe:

Pacijent/ica: \_\_\_\_\_

(ime i prezime, adresa, e-mail)

Pritužbu u ime pacijenta/ice \_\_\_\_\_ podnosi

roditelj/ skrbnik /član obitelji \_\_\_\_\_

(srodstvo, ime i prezime, adresa, e-mail)

Molimo opišite događaj na koji imate prigovor/pritužbu: