



Ime in priimek vlagatelja zahteve:	
Naslov vlagatelja zahteve:	
Kontaktne podatke vlagatelja zahteve:	
Oddelek, enota, služba, ambulanta ZD Dravograd, na katerega se zahteva nanaša:	
Opis domnevne kršitve Pacientovih pravic:	
Podatki o udeleženi zdravstveni delavci oz. zdravstveni sodelavci:	
Čas in kraj domnevne kršitve pacientovih pravic:	
Morebitne posledice domnevne kršitve pacientovih pravic:	
Morebitni predlog za rešitev spora:	