



РЕПУБЛИКА СРБИЈА – АП ВОЈВОДИНА
ОПШТИНА ЖИТИШТЕ
ОДЕЉЕЊЕ ЗА ДРУШТВЕНЕ ДЕЛАТНОСТИ

ПРИГОВОР ЗА ЗАШТИТУ ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА

На основу члана 30. Закона о правима пацијената („Службени гласник РС“ број 45/13) подносим приговор за заштиту права пацијената

_____ (име и презиме подносиоца захтева),

ЈМБГ _____

Уз захтев достављам:

РБ	Документа	Форма документа
1	Документација (медицинска и друга од значаја за поступак, изјава подносиоца приговора, записник, изјаве сведока итд.)	Копија

Напомене:

Градска/Општинска управа је дужна да реши предмет у року од _____ дана од дана достављања уредне документације.

Место и датум _____

Адреса

_____ Број личне карте

_____ Контакт телефон

_____ Потпис



Образац бр. 1

Република Србија

_____ (назив јединице локалне самоуправе)

Број:

Датум:

ЗАПИСНИК
О УСМЕНО ПОДНЕТОМ ПРИГОВОРУ САВЕТНИКУ ПАЦИЈЕНАТА

Време и место сачињавања записника:

у _____, дана _____, у _____ часова

Име и презиме саветника пацијената: _____

Име, презиме и адреса подносиоца приговора: _____

Име и презиме пацијента: _____

име једног родитеља: _____ и година рођења пацијента: _____.

Изјава подносиоца приговора

_____ Потпис подносиоца приговора

_____ Потпис саветника пацијента



Република Србија

Образац бр. 2

_____ (назив јединице локалне самоуправе)

Број:

Датум:

**ЗАПИСНИК
САВЕТНИКА ПАЦИЈЕНАТА О УТВРЂЕНИМ БИТНИМ ОКОЛНОСТИМА И
ЧИЊЕНИЦАМА У ВЕЗИ СА НАВОДИМА ИЗНЕТИМ У ПРИГОВОРУ**

Време и место сачињавања записника:

у _____, дана _____, у _____ часова

Име и презиме саветника пацијената: _____

Име, презиме и занимање лица које присуствује утврђивању чињеничног стања у име даваоца здравствене услуге _____

Попис докумената која се прилажу уз записник _____

Опис утврђеног чињеничног стања

Потпис лица које је
присуствовало сачињавању

Потпис саветника пацијента



Република Србија

Образац бр. 3

_____ (назив јединице локалне самоуправе)

Број:

Датум:

**ИЗВЕШТАЈ
САВЕТНИКА ПАЦИЈЕНАТА ПО ПРИГОВОРУ**

1. Име и презиме саветника пацијената: _____

2. Место и датум сачињавања извештаја:

у _____, дана _____, у _____ часова.

3. Име, презиме и адреса подносиоца приговора: _____

4. Име и презиме пацијента: _____

име једног родитеља: _____ и година рођења пацијента: _____

5. Права пацијената на која се приговор односи _____

6. Попис докумената и других чињеница на основу којих се заснива опис чињеничног стања _____

7. Подаци о утврђеном чињеничном стању

--

8. Закључак о основаности односно неоснованости приговора _____

9. Дато упутство подносиоцу приговора, да може да се обрати савету за здравље, здравственој инспекцији, односно надлежном органу здравственог осигурања уколико је незадовољан извештајем саветника пацијената _____

Потпис саветника пацијената