**УПУТСТВО ЗА ПОНОШЕЊЕ ПРИГОВОРА САВЕТНИКУ ПАЦИЈЕНАТА**

**Опис**

Сврха поступка је заштита права пацијената приликом коришћења здравствене заштите у здравственим установама, другим облицима здравствене службе (приватна пракса), организационим јединицама високошколских установа здравствене струке које обављају здравствену делатност и другим правним лицима за која је посебним законом предвиђено да обављају и одређене послове из здравствене делатности.

Поступак се покреће подношењем приговора, који пацијент, односно његов законски заступник, може поднети писмено (поштом, електронском поштом), или усмено на записник. Потребно је да приговор буде потписан. Приговор се заводи у Писарници, која доставља приговор саветнику за заштиту права пацијената, преко Сектора за заштиту права пацијената. Саветник пацијената по поднетом приговору утврђује све битне околности и чињенице у вези са наводима изнетим у приговору и сачињава извештај у коме доноси закључак о основаности приговора. Извештај доставља подносиоцу приговора, као и руководиоцу организационе јединице и директору здравствене установе, односно оснивачу приватне праксе.

Приликом подношења приговора, пацијент, односно његов законски заступник, прилаже следећу документацију:

* Приговор
* Фотокопију медицинске документације која је у вези са наводима из приговора, а коју добровољно прилаже.

**Где и како**

Контакт подаци Сектора за заштиту права пацијената

Тиршова 1

Радно време: радним данима од 7.30 до 15.30 часова (пријем код саветника пацијента се не заказује)

Телефон: 011/3605-634

Е-mail: savetnik.pacijenata@beograd.gov.rs

У даљем тексту образац приговора:

Р е п у б л и к а С р б и ј а

ГРАД БЕОГРАД

ГРАДСКА УПРАВА ГРАДА БЕОГРАДА

Секретаријат за здравство

Сектор за заштиту права пацијената

II-04 Број: 50.2- /20

Дана:

Београд, Тиршова број 1

ПРИГОВОР САВЕТНИКУ ПАЦИЈЕНАТА

1. ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ПОДНОСИОЦА ПРИГОВОРА:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. АДРЕСА ПОДНОСИОЦА ПРИГОВОРА (ПОЖЕЉАН КОНТАКТ ТЕЛЕФОН):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. ИМЕ И ПРЕЗИМЕ ПАЦИЈЕНТА:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. ИМЕ ЈЕДНОГ РОДИТЕЉА ПАЦИЈЕНТА:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. ГОДИНА РОЂЕЊА ПАЦИЈЕНТА:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

6. САДРЖАЈ ПРИГОВОРА (попунити)

ПОДНОСИЛАЦ ПРИГОВОРА

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(својеручни потпис)