

HRVATSKA BOLNICA
DR. FRA MATO NIKOLIĆ

DUBRAVE B.B. NOVA BILA
TRAVNIK



OBRAZAC ZA POHVALU

Popunjava podnositelj pohvale

OSNOVNI PODATCI O PODNOSITELJU POHVALE			
Ime		Prezime	
Adresa		Općina/grad	
Tel./mob.		E-mail	
			Pacijent
			Član obitelji pacijenta
			Ostalo(navesti): _____

OSNOVNI PODATCI O DOGAĐAJU	
Datum i vrijeme nastanka događaja	
Mjesto(organizacijska jedinica) događaja	
Imena i prezimena osoba (zaposlenika bolnice) koja su uključena u događaj	

SADRŽAJ POHVALE - OPIS DOGAĐAJA (organizacijska jedinica, ljudski faktor, usluga, uvjeti, boravka i smještaja, organizacija rada, prehrana, pristup bolnici, građevinski objekt i sl.)

Datum: _____

Mjesto: _____

Potpis: _____

Popunjava zaposlenik bolnice

Ime i prezime zaposlenika bolnice koji je zaprimio pohvalu	
Datum zaprimanja	Broj protokola

Potpis: _____

Napomene: U slučaju potrebe, pisanje nastaviti na poleđini obrasca. Pohvala se predaje osobno u Uredu ravnatelja, na adresu bolnice (Dubrave bb, 72 276 Nova Bila), putem faxes (030 707 421) ili na e-mail bolnice (uprava@bolnica-novabila.com).