



JAVNI ZAVOD  
ZDRAVSTVENI DOM  
ŠMARJE PRI JELŠAH

Celjska cesta 16  
3240 Šmarje pri Jelšah  
Slovenija

www.zd-smarje.si  
info@zd-smarje.si

Šmarje pri Jelšah, 17. 7. 2025  
Številka: 1–DIR/2025–261

## POHVALE IN PRITOŽBE

Spoštovani pacienti/tke !

Vsi zaposleni v Zdravstvenem domu Šmarje pri Jelšah, Celjska cesta 16, 3240 Šmarje pri Jelšah (v nadaljevanju: ZD), ki sodelujemo v procesu zdravljenja si prizadevamo, da bi bili pacienti z zdravstveno obravnavo v našem zavodu kar najbolj zadovoljni. Pri tem cenimo tudi vaša mnenja, zato bomo še posebej veseli tudi pohvale, katere nam bodo motivacija za dobro in strokovno delo za vnaprej in tudi pritožbe, katere bomo z vso skrbnostjo proučili. Želimo si, da bi vse nesporazume, ki nastanejo med potekom zdravstvene obravnave v našem zavodu razrešili takoj v posamezni ambulanti, v kolikor pa menite, da so kljub pogovoru bile kršene vaše pravice, lahko vložite pritožbo ali zahtevo za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic.

Vaše pravice in dolžnosti ureja Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, 55/17, 177/20 in 100/22 – ZNUZSZS).

Za pohvalo ali pritožbo lahko izpolnite obrazec Priloga 1, ki se nahaja na spletni strani [https://www.zd-smarje.si/images/informacija\\_javnega\\_znacaja/pohvala\\_pritozbe.pdf](https://www.zd-smarje.si/images/informacija_javnega_znacaja/pohvala_pritozbe.pdf) oz. pri medicinski sestri v ambulanti ali jo napišete v obliki dopisa, ki ga lahko posredujete:

- na e-naslov: [tajnistvo@zd-smarje.si](mailto:tajnistvo@zd-smarje.si) ali
- po pošti na naslov: Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah, **Lea Tomplak, dr.med., spec.druž.med., strokovna vodja**, Celjska cesta 16, 3240 Šmarje pri Jelšah.

### POSTOPEK ZA REŠEVANJE PRITOŽB

Postopek za reševanje pritožb pacientov, njihovih ožjih družinskih članov in bližnjih oseb (v nadaljevanju: svojci) določajo Navodila o reševanju pritožb pacientov v ZD.

### POSTOPEK ZA REŠEVANJE ZAHTEV ZA PRVO OBRAVNAVO KRŠITVE PACIENTOVIH PRAVIC

Zahteve za prvo obravnavo kršitve pacientovih pravic sprejema in obravnava Komisija za obravnavo prve zahteve.

### KAKO SE VLOŽI ZAHTEVA

#### Pisna zahteva:

Pošlje se po pošti ali po elektronski pošti, naslovljeno na **Lea Tomplak, dr.med., spec.druž.med., strokovna vodja, na naslov [tajnistvo@zd-smarje.si](mailto:tajnistvo@zd-smarje.si)**, lahko pa se odda neposredno v tajništvo ZD. Pisna zahteva mora vsebovati: ime in priimek, naslov in kontaktne podatke pacienta, opis domnevne kršitve, podatke o udeleženi zdravstveni osebji, podatke o morebitnih drugih udeleženi oseb, čas, kraj in morebitne posledice domnevne kršitve ter morebitni predlog za rešitev spora.

#### Ustna zahteva:

Vloži se v tajništvo ZD od ponedeljka do petka, sprejme se jo na zapisnik. Pacient prejme izvod zapisnika vložene ustne zahteve.

Telefon: 03 813 37 00

Tajništvo: 03 813 37 32

Fax: 03 813 37 40

Mail: [tajnistvo@zd-smarje.si](mailto:tajnistvo@zd-smarje.si)

TRR: SI56 01324-6030924578

ID za DDV: SI 58073868

Matična številka: 5630517000



Naložba v vašo prihodnost  
OPERACIJSKO DELNO FINANCIRANA EVROPSKA UNIJA



JAVNI ZAVOD  
ZDRAVSTVENI DOM  
ŠMARJE PRI JELŠAH

Celjska cesta 16  
3240 Šmarje pri Jelšah  
Slovenija

www.zd-smarje.si  
info@zd-smarje.si

## KAKŠNI SO ROKI ZA VLOŽITEV ZAHTEVE

Prvo zahtevo zaradi domnevno neustreznega odnosa zdravstvenih delavcev oz. zdravstvenih sodelavcev lahko pacient vloži najpozneje v 15 - dneh od domnevne kršitve.

V primeru neustreznega ravnanja zdravstvenih delavcev oz. zdravstvenih sodelavcev pri nujenju zdravstvene oskrbe, lahko pacient vloži prvo zahtevo najpozneje v 30 - tih dneh po končani zdravstveni oskrbi.

V kolikor ste za kršitev izvedeli kasneje ali pa so se posledice kršitve pokazale kasneje je rok za vložitev zahteve 3 mesece po preteku predhodno navedenih rokov.

Komisija po prejemu popolne prve zahteve:

- **ugodi pacientu in ga o tem obvesti;**
- **pacienta povabi na ustno obravnavo, kjer se lahko sklene dogovor o načinu rešitve spora;**
- **napoti pacienta na pristojen organ za reševanje vsebine zahtevka;**
- **postopek ustavi, če pacient zahtevo umakne.**

V kolikor med ZD in pacientom ne pride do sklenitve dogovora, lahko pacient vloži zahtevo za varstvo pravic pri **Komisiji Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic**, ki deluje pri Ministrstvu za zdravje.

## ZASTOPNIK PACIENTOVIH PRAVIC

Pacient se lahko kadarkoli obrne na enega od zastopnikov pacientovih pravic, ki mu svetuje, pomaga ali ga po pooblastilu zastopa pri uresničevanju pravic po Zakonu o pacientovih pravicah.

Zastopnik pacientovih pravic lahko pacientu daje osnovne informacije, nudi strokovno pomoč in daje konkretne usmeritve pri uveljavljanju pravic s področja zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in izvajanja zdravstvene dejavnosti. Delo svetovanja, pomoči in zastopanja zastopnika pacientovih pravic je brezplačno in zaupno. Za celjsko regijo sta zastopnici pacientovih pravic:

- **Olga Petrak**, univ. dipl. psih., prostori Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Območna enota Celje, Ipavčeva ulica 18, 3000 Celje, tel. št. 03/42 51 161, e-pošta: [olga.petrak.ext@gov.si](mailto:olga.petrak.ext@gov.si), uradne ure: sreda od 12.00 do 18.00 ure; petek od 7.30 do 13.30 ure. Naročanje od ponedeljka do petka od 7.00 do 15.00 na tel. št.: 03 42 51 200.
- **Cvetka Jurak**, prostori Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Območna enota Celje, Ipavčeva 18, 3000 Celje, tel. številka: 03 42 51 161, e-pošta: [cvetka.jurak.ext@gov.si](mailto:cvetka.jurak.ext@gov.si), uradne ure: ponedeljek od 12.00 do 18.00 ure, torek od 7.00 do 13.00 ure.

Lep pozdrav,

Lea Tomplak, dr.med., spec.druž.med.  
strakovna vodja



mag. Anton Zidar  
direktor

JAVNI ZAVOD ZDRAVSTVENI DOM ŠMARJE PRIJELŠAH	ORGANIZACIJSKI PREDPIS	Oznaka: Stran: Velja od: Izdaja:	<b>OP NA RPP 13</b> <b>6/9</b> <b>20.02.2018</b> <b>1</b>
	<b>NAVODILA ZA REŠEVANJE PRITOŽB PACIENTOV</b> (kratica OP NA RPP 13)		

Pritožbeni obrazec

**Priloga št. 1**

## P R I T O Ž B A

Ime in priimek vlagatelja pritožbe:.....

Naslov vlagatelja pritožbe:.....

Telefonska številka vlagatelja pritožbe:.....

Program dejavnosti, delovna enota, organizacijska enota, na katero se pritožba nanaša:

.....

Opis dogodka, zaradi katerega vlagate pritožbo (datum, kraj, vpletene osebe,.....):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Ime in priimek domnevnega kršitelja:.....

Podpis vlagatelja:

Datum: