

# Obrazac za pritužbe

## Prije podnošenja pritužbe

Prije nego što uložite pritužbu kod Komisije, možda bi bilo korisno da kontaktirate Službu za upite na **(02) 9219 7444** ili besplatnim pozivom u NSW-u na **1800 043 159** kako biste porazgovarali o svojoj pritužbi ili zatražili pomoć.

## Služba prevoditelja i tumača

Ako vam je potreban tumač, molimo obratite se Službi prevoditelja i tumača (TIS National) na **131 450** i zamolite ih da vam nazovu Komisiju na **1800 043 159** (od ponedjeljka do petka od 9.00 ujutro do 5.00 poslije podne).

## Želim uložiti pritužbu kod Komisije za pritužbe u zdravstvu (Health Care Complaints Commission) – moji podaci su:

Gosp./Gđa/Gđica (drugo) \_\_\_\_\_ Ime \_\_\_\_\_ Prezime \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Poštanski broj \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_

Telefon: (radno vrijeme) \_\_\_\_\_ (izvan radnog vremena) \_\_\_\_\_

Mobitel \_\_\_\_\_ Faks \_\_\_\_\_

E-mail adresa \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Jezik koji govorim (ako nije engleski) je \_\_\_\_\_

Najbolji način da me se kontaktira je \_\_\_\_\_

Razgovarao/la sam sa službenikom za upite prije ulaganja ove pritužbe. **Da** **Ne**

Ovu pritužbu podnosim u ime: **Svoje** (prijedite na 2. stranicu obrasca)

**Druge osobe** (molimo upišite podatke ispod)

## Podaci osobe kojoj se pružala usluga:

Gosp./Gđa/Gđica (drugo) \_\_\_\_\_ Ime \_\_\_\_\_ Prezime \_\_\_\_\_

Adresa \_\_\_\_\_

Poštanski broj \_\_\_\_\_ Država \_\_\_\_\_

Telefon: (radno vrijeme) \_\_\_\_\_ (izvan radnog vremena) \_\_\_\_\_

Mobitel \_\_\_\_\_ Faks \_\_\_\_\_

E-mail adresa \_\_\_\_\_

Datum rođenja \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Je li ta osoba preminula? **Da** (ako "da", prijedite na sljedeću stranicu) **Ne**

Zna li dotična osoba da ulažete prigovor? **Da** **Ne**

Moje srodstvo s dotičnom osobom (na primjer, sestra, roditelj, njegovatelj) \_\_\_\_\_

Jezik koji dotična osoba govori (ako nije engleski) je \_\_\_\_\_



**Glavne stvari koje me brinu su:**

---

---

---

---

---

**Ovom pritužbom želim postići da:**

---

---

---

---

---

**Jeste li dotičnog pružatelja zdravstvenih usluga izvijestili o ovoj pritužbi?    Da    Ne**

Ako jeste, što je bio ishod?

---

---

---

---

---

**Jeste li se žalili nekoj drugoj organizaciji u vezi iste stvari?    Da    Ne**

Ako jeste, molimo navedite pojedinosti

---

---

---

---

---

**Komisija će po jedan primjerak ove pritužbe poslati pružateljima zdravstvenih usluga koje ste naveli u svojoj pritužbi i od njih tražiti da Komisiji pošalju svoj odgovor na to.**

**Pristajete li da se primjerak vaše pritužbe može proslijediti u tu svrhu?    Da    Ne**

Ako ne pristajete, molimo izvijestite Komisiju zašto.

---

---

---

---

---

Komisiji bi bilo od pomoći dobiti pristanak od osobe kojoj se pružala usluga kako bi Komisija mogla zatražiti prijepis zdravstvenih podataka dotične osobe, ukoliko bude potrebno. Ako pritužbu ulažete u ime neke druge osobe, molimo da od njih zatražite pristanak ako je to moguće.

**Ja, \_\_\_\_\_, dajem Komisiji pristanak da može imati pristup mojim osobnim zdravstvenim podacima u svrhu razmatranja moje pritužbe.**

Potpis \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Prije nego pošaljete ovaj obrazac, provjerite da ste:**

- Ispunili obrazac za pritužbe
- Naveli podatke o pružatelju zdravstvenih usluga u vezi kojeg ulažete pritužbu
- Jasno naveli što vas brine
- Priložili fotokopije bilo kojih drugih relevantnih dokumenata ili informacija. Molimo nemojte slati originalne dokumente.

**Sve informacije izvolite poslati na adresu:**

The Commissioner  
Health Care Complaints Commission  
Locked Mail Bag 18  
STRAWBERRY HILLS NSW 2012

**Možete nas kontaktirati na:**

Telefon: (02) 9219 7444 Besplatan poziv u NSW-u: 1800 043 159  
Faksimil: (02) 9281 4585  
TTY (za osobe s oslabljenim sluhom): (02) 9219 7555  
E-mail: [hccc@hccc.nsw.gov.au](mailto:hccc@hccc.nsw.gov.au)  
Website: [www.hccc.nsw.gov.au](http://www.hccc.nsw.gov.au)

Davanje informacija Komisiji koje su lažne ili navode na pogrešan zaključak predstavlja prijestup.

**Izjava o privatnosti**

Komisija neće otkrivati nikakve informacije koje ste joj dostavili osim prilikom obavljanja svoje funkcije po Zakonu o pritužbama u zdravstvu.

**Molimo naznačite kako ste saznali za Komisiju?**

- Internet
- Telefonski imenik
- Brošura/poster
- Nazočio/la predavanju
- Obitelj/prijatelji
- Pružatelj zdravstvene usluge
- Već sam i prije ulagao/la pritužbu kod Komisije
- Drugo (molimo navedite) \_\_\_\_\_