

OBRAZAC

OBAVIJESTI O PRISILNOM ZADRŽAVANJU U PSIHIJATRIJSKOJ ZDRAVSTVENOJ USTANOVI

PSIHIJATRIJSKA USTANOVA

Matični broj: _____

ŽUPANIJSKI SUD

Izveščujemo Vas da je dana _____ u _____
sati u ovu bolnicu bez pristanka hospitaliziran bolesnik _____
_____.

U privitku Vam dostavljamo liječničku dokumentaciju i obra-
zloženje razloga za prisilno zadržavanje bolesnika _____
_____ u ovoj ustanovi bez njegova
pristanka.

Odgovorna osoba:
