

PRILOGA

Številka:

Datum:

Obvestilo o zaznavi nasilja v družini

Podatki o zdravstvenem zavodu oziroma izvajalcu zdravstvene dejavnosti		
Podatki o domnevni žrtvi nasilja v družini	Priimek in ime:	
	Datum rojstva:	
	Spol:	
	Naslov:	
Zapis o stanju oziroma o okoliščinah, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da se izvaja nasilje v družini, in datum in čas, ko je žrtev nasilja o tem poročala:		
Ali gre za sum kaznivega dejanja, o katerem je zdravstveni delavec obvestil policijo po telefonu? DA NE Ali gre za okoliščine, na podlagi katerih je mogoče sklepati, da je žrtev nasilja otrok? DA NE Ali gre za nujni primer, ko je ogroženo življenje žrtve nasilja ali njenih otrok? DA NE Obrazložitev:		
Izbrani zdravnik oziroma pediater, ki v skladu s Pravilnikom o pravilih in postopkih pri obravnavanju nasilja v družini pri izvajanju zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 38/11) prejme to obvestilo:		
Ime in priimek: Zdravstveni zavod oziroma izvajalec zdravstvene dejavnosti:		
Ime in priimek zdravstvenega delavca, ki je zapis sestavil:	Zapis zaključen ob:	Podpis zdravstvenega delavca:

Podpis odgovorne osebe in
žig zdravstvenega zavoda
oziroma izvajalca zdravstvene
dejavnosti