

ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO
FORMULARZ DLA PACJENTA/RODZINY/OPIEKUNA/PERSONELU

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ (nieobowiązkowe)

Imię i nazwisko:

OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG ZDARZENIA:

Data i godzina zdarzenia:

Miejsce zdarzenia(nazwa Oddziału/ Zakładu/ Poradni):

Szczegółowy opis zdarzenia (proszę o opisanie okoliczności zdarzenia, jego przebieg, uczestników itd. Wszelkie zamieszczone informacje będą przydatne do przeprowadzenia analizy zdarzenia):