

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

DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ (nieobowiązkowe)

Imię i Nazwisko:

DANE OSOBY KTÓREJ DOTYCZY ZGŁOSZENIE (jeżeli zgłoszenia dokonuje inna osoba)

Imię i Nazwisko:

OKOLICZNOŚCI I PRZEBIEG ZDARZENIA

Data i godzina zdarzenia:

Miejsce zdarzenia

(nazwa Kliniki/Oddziału/Zakładu/Poradni)

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