



„Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Redzie” Sp. z o.o.
84-240 Reda, ul. Łąkowa 1
NIP: 588-19-62-918 REGON: 192078622
tel/fax 58 678-35-12 biuro@nzozreda.pl
Poradnia ogólna: 58 678-79-87 Poradnia dziecięca: 58 678-79-89

Załącznik nr 4

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO PRZEZ PACJENTA

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO

(formularz dla pacjenta/osoby bliskiej – można wypełnić anonimowo)

1. **Data zdarzenia:**

2. **Miejsce zdarzenia (poradnia, inne):**

.....

3. **Opis zdarzenia:**

.....

.....

.....

4. **Czy ktoś ucierpiał w wyniku tego zdarzenia?**

Nie

Tak

5. **Czy byli świadkowie zdarzenia?**

Nie

Tak

6. **Jakie działania zostały podjęte po zdarzeniu?**

.....

.....

7. **Państwa propozycje, jak zapobiec podobnym zdarzeniom w przyszłości:**

.....

.....

8. **Dane kontaktowe (opcjonalnie):**

• Imię i nazwisko:

• Telefon/e-mail:

*Zgłoszenie można włożyć do specjalnej skrzynki lub przesłać drogą elektroniczną na adres:
biuro@nzozreda.pl*