



## 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 oddziału,  
poradni, pracowni):

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

Dane osoby przyjmującej formularz: .....

(data)

.....

(podpis i pieczęć)