

Formularz zgłoszenia zdarzeń niepożądanych

zgłasza pacjent lub osoba bliska

1. Imię i nazwisko zgłaszającego

(w przypadku zgłoszenia anonimowego, prosimy o pozostawienie pustego pola)

2. Data wystąpienia zdarzenia niepożądanego

rok, miesiąc, dzień

3. Miejsce wystąpienie zdarzenia

nazwa placówki

poradnia POZ

poradnia specjalistyczna

4. Imię i nazwisko Pacjenta

(w przypadku zgłoszenia anonimowego, prosimy o pozostawienie pustego pola)

5. Data urodzenia Pacjenta

(w przypadku zgłoszenia anonimowego, prosimy o pozostawienie pustego pola)

rok, miesiąc, dzień

[illegible]