

# Anonimowy Formularz Zgłaszania Incydentów Dotyczących Bezpieczeństwa Małoletnich

## Instrukcje:

Niniejszy formularz służy do anonimowego zgłaszania incydentów lub podejrzeń dotyczących zagrożenia zdrowia i bezpieczeństwa małoletnich pacjentów w Klinice OrthoCare. Jeśli zauważyłeś niepokojące zachowania, naruszenie zasad bezpieczeństwa lub inne sytuacje, które mogą zagrażać małoletnim, prosimy o wypełnienie poniższego formularza.

Prosimy o jak najbardziej szczegółowe wypełnienie formularza, aby umożliwić podjęcie odpowiednich działań. Twoja tożsamość pozostanie anonimowa, chyba że zdecydujesz inaczej.

### 1. Data incydentu (jeśli znana):

.....

### 2. Miejsce incydentu (np. gabinet, poczekalnia):

.....

### 3. Opis incydentu:

Prosimy o dokładny opis incydentu, uwzględniając, co się wydarzyło, kto był zaangażowany, oraz jakie było zachowanie osób biorących udział. Jeśli jest to podejrzenie, prosimy opisać, co wzbudziło Twoje obawy.

.....  
.....  
.....  
.....

### 4. Czy znane są osoby, których dotyczył incydent?

- Tak
- Nie

Jeśli tak, prosimy podać ich imiona lub inne informacje umożliwiające identyfikację (np. opis wyglądu, rola w klinice):

.....  
.....  
.....

**5. Jakie działania (jeśli jakiegokolwiek) zostały podjęte w związku z incydem?**

.....

.....

.....

.....

**6. Czy wiesz o innych świadkach incydem?**

- Tak
- Nie

Jeśli tak, prosimy o podanie imion lub innych informacji identyfikujących:

.....

.....

.....

**7. Inne informacje, które mogą pomóc w zrozumieniu incydem:**

.....

.....

.....

.....

**8. Czy chciałbyś zostać powiadomiony o dalszym postępowaniu?**

- Tak
- Nie

Jeśli tak, prosimy o podanie danych kontaktowych (opcjonalnie):

Imię: .....

E-mail: .....

Telefon: .....

Dziękujemy za wypełnienie formularza. Wszystkie zgłoszenia zostaną dokładnie przeanalizowane, a odpowiednie działania zostaną podjęte w celu zapewnienia bezpieczeństwa małoletnich pacjentów w naszej klinice.