



SAĞLIK MERKEZİ

OLAY BİLDİRİM FORMU

Bu form hasta, hasta yakını, 3.şahıslar ve çalışan güvenliği ile doğrudan ilişkili olan tüm olay ve uygun olmayan durumlarda, çalışma sisteminde aksaklığa neden olabilecek tüm teknik problemlerde doldurulacaktır.

Sorun hasta, hasta yakını ya da 3.şahıslarla ilişkili ise, kişinin;

Adı Soyadı:

İletişim bilgileri:

Sorun çalışan ile ilişkili ise, çalışanın;

Adı Soyadı:

Görevi:

Sorun teknik bir konu ile ilgili ise;

İlgili Konu:

İlgili Birim:

Olay:

Haber verilen yetkili:

Haber veren:

Tarih ve saat:

İmza: