**ZGŁOSZENIE ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO**

**Zdarzeniem niepożądanym jest zdarzenie, które wystąpiło:**

 **w trakcie udzielania świadczenia zdrowotnego lub w efekcie udzielenia lub zaniechania udzielenia świadczenia zdrowotnego, i które powoduje lub może spowodować negatywny skutek dla zdrowia lub życia pacjenta. Negatywnym skutkiem dla zdrowia lub życia pacjenta jest w szczególności: zgon, zagrożenie życia, choroba, rozstrój zdrowia, konieczność hospitalizacji albo jej przedłużenia, uszczerbek na zdrowiu, uszkodzenie ciała lub rozstrój zdrowia płodu. Zdarzeniem niepożądanym nie jest przewidywany skutek prawidłowo udzielonego świadczenia zdrowotnego.**

**Dane osoby zgłaszającej zdarzenie niepożądane** [niewymagane]

Imię …………………………………………

Nazwisko……………………………………..

Ulica…………………………………………………

Nr domu/mieszkania………………………

**Dane zdarzenia niepożądanego (wymagane)**

Data zdarzenia ………………………………………..Godzina zdarzenia …………………………………………

Miejsce zdarzenia …………………………………………………………………..

Opis zdarzenia ………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………

* Formularz zgłoszenia działania niepożądanego można pobrać ze strony BIP SPZOZ w Sławkowie a także w rejestracji placówki ( tam również można go złożyć)
* Formularz można przesłać listownie na adres: SPZOZ w Sławkowie ul.PCK 3,

41-260 Sławków lub przesłać zgłoszenia mailowo na adres biuro@spzoz-slawkow.pl

**Podanie danych osobowych nie jest obowiązkowe ale jeśli zechcecie je Państwo udostępnić informujemy, że będą one przetwarzane w celach związanych ze zgłaszanym zdarzeniem niepożądanym.**

Administratorem danych osobowych jest Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Sławkowie, ul. PCK 3.Inspektorem ochrony danych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej jest Pan Sergiusz Kunert e-mail: iod@spzoz-slawkow.pl