



Tomaszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
w Tomaszowie Mazowieckim
prowadząca zakład leczniczy
TOMASZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZDARZENIA NIEPOŻĄDANEGO PRZEZ PACJENTA

Twoja opinia pomaga nam dbać o wspólne bezpieczeństwo.

1. Kogo dotyczy zgłoszenie?

- Pacjenta (mnie)
 Osoby bliskiej przebywającej w TCZ Sp. z o.o.

2. Kiedy i gdzie doszło do zdarzenia?

Data: Godzina (przybliżona):

Miejsce (np. gabinet, oddział, poradnia, korytarz):

3. Co się wydarzyło? (Krótki opis sytuacji)

(np. upadek, pomyłka w leku, reakcja po podaniu leku, problem techniczny ze sprzętem, inne)

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

4. Czy skutki zdarzenia są nadal odczuwalne?

- Tak (prosimy o kontakt z personelem medycznym)
 Nie

5. Dane kontaktowe (opcjonalnie – jeśli chcesz, abyśmy Cię poinformowali o wyjaśnieniu sprawy):

Imię i nazwisko:

Numer telefonu / e-mail:

Administratorem danych jest Tomaszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o. Dane są przetwarzane wyłącznie w celu poprawy bezpieczeństwa opieki medycznej zgodnie z prawem polskim oraz prawem Unii Europejskiej, w szczególności z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10.05.2018, ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27.08.2004 r oraz z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE („RODO”)

Tomaszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
w Tomaszowie Mazowieckim
ul. Jana Pawła II 35
97-200 Tomaszów Mazowiecki
tel. 044 725 71 34; fax. 044 725 72 51

NIP 773 241 90 96
REGON 100558733
Konto nr 83 1020 3916 0000 0002 0139 3602
KRS 0000 312 959
Kapitał zakładowy: 1 554 000,00 zł.