



Potilaan / omaisen vaaratilanneilmoitus

Pakolliset kentät merkitty tähdellä (*)

Tapahtuma-aika (*) pvm (pp.kk.vv) _____

Kelloaika (*) _____ h _____ min

Tapahtumapaikka _____

Kerro mitä ja miten tapahtui ja mitkä olivat seuraukset (*)

(Voit tarvittaessa jatkaa tekstiä lomakkeen kääntöpuolelle)

Kerro oma näkemyksesi, miten tapahtuman toistuminen voitaisiin estää?

(Voit tarvittaessa jatkaa tekstiä lomakkeen kääntöpuolelle)

Jos haluat ilmoitukseesi vastauksen, anna yhteystietosi

Ilmoittajan yhteystiedot:

Nimi: _____

Osoite: _____

Puhelinnumero: _____

Palauttakaa täytetty lomake osoitteella:

Lapin sairaanhoitopiirin kuntayhtymä
Kehittäminen / Potilasturvallisuuskoordinaattori
PL 8041
96101 ROVANIEMI