

FORMULARZ ZGŁASZANIA UWAG I NIEWŁAŚCIWEGO TRAKTOWANIA

Niniejszy formularz służy do zgłaszania wszelkich uwag, zastrzeżeń dotyczących funkcjonowania placówki oraz przypadków niewłaściwego traktowania, naruszenia godności, dyskryminacji.

CZĘŚĆ I: Dane osoby zgłaszającej (opcjonalnie / do kontaktu) (Zgłoszenia anonimowe również są rozpatrywane, jednak podanie danych ułatwia wyjaśnienie sprawy i kontakt zwrotny).

- Imię i nazwisko:
- Status (np. pacjent, lekarz, świadek zdarzenia):
- Numer telefonu / Adres e-mail:

CZĘŚĆ II: Informacje o zdarzeniu / sytuacji

- Data zdarzenia (lub okres, w którym miało miejsce):
- Miejsce zdarzenia (np. korytarz, gabinet lekarski):
.....
- Dane osoby / osób, których dotyczy skarga (imię, nazwisko lub rola w placówce):
.....

CZĘŚĆ III: Kategoria zgłoszenia

- ☐ Niewłaściwe traktowanie / naruszenie godności osobistej
- ☐ Przemoc słowna lub psychiczna
- ☐ Dyskryminacja (np. ze względu na płeć, wiek, pochodzenie, poglądy)
- ☐ Uwagi dotyczące organizacji pracy / funkcjonowania placówki
- ☐ Inne (jakie?):

CZĘŚĆ IV: Szczegółowy opis sytuacji

Proszę opisać przebieg zdarzenia w sposób jak najbardziej obiektywny, podając fakty, daty oraz szczegóły sytuacji.

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

CZĘŚĆ V: Świadkowie i dowody

- Czy w zdarzeniu uczestniczyli świadkowie?:
.....
- Czy posiadasz dowody? (np. wiadomości, zdjęcia, dokumenty):
.....

☐ Tak (proszę dołączyć do formularza) ☐ Nie

CZĘŚĆ VI: Oczekiwany sposób rozwiązania sprawy

Co według Ciebie powinno zostać zrobione w tej sytuacji?

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

CZĘŚĆ VII: Informacje formalne

- Data złożenia formularza:

- **Podpis osoby zgłaszającej:**

Klauzula poufności: Wszystkie informacje przekazane w tym formularzu są traktowane jako poufne i będą analizowane wyłącznie przez osoby upoważnione do wyjaśnienia sprawy, z poszanowaniem prywatności oraz godności wszystkich zaangażowanych stron.