

1. Dane osoby zgłaszającej:

- Imię i nazwisko:

- Stanowisko (jeśli dotyczy):

- Telefon kontaktowy:

- Adres e-mail (opcjonalnie):

- Relacja do sprawy:

☐ Pracownik szpitala

☐ Pacjent

☐ Przedstawiciel pacjenta

☐ Inna osoba (proszę podać jaka):

2. Opis sprawy:

- Data i miejsce zdarzenia:

- Krótki opis sytuacji/problemów etycznych:
.....
.....
.....

3. Strony zaangażowane w sprawę (jeśli dotyczy)

- Imiona i nazwiska osób uczestniczących w zdarzeniu (jeżeli znane):
.....

Czy podejmowano wcześniej jakieś działania mające na celu rozwiązanie problemu?

☐ Tak

☐ Nie

Jeśli tak, proszę opisać jakie:

.....
.....

Oczekiwanie zgłaszającego wobec Komisji

- ☐ Wydanie opinii/stanowiska
- ☐ Udzielenie porady etycznej
- ☐ Wsparcie w mediacji/rozwiązaniu konfliktu
- ☐ Inne (proszę wskazać):

Załączniki (jeśli dotyczy)

- ☐ Kopia dokumentacji medycznej
- ☐ Inne dokumenty (np. korespondencja, notatki służbowe)
- ☐ Brak załączników

Oświadczenia

- ☐ Oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu są zgodne z prawdą i zostały złożone w dobrej wierze.
- ☐ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia sprawy przez Zespół ds. Etyki zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa (RODO).
- ☐ Przyjmuję do wiadomości, że Komisja działa w trybie poufnym i jej zalecenia mają charakter doradczy.

Data:

Podpis:

Formularz może być składany osobiście, drogą mailową na adres; sekretariat@zdrowie.walbrzych.pl bezpośrednio do Członków Zespołu ds. Etyki/

W sprawach pilnych prosimy o bezpośredni kontakt telefoniczny z Przewodniczącą/ym Zespołu.