Przychodnia „Na Wzgórzu”
ul. Jaworzniaków 37, 80-180 Gdańsk

Przychodnia Rodzinna Kolbudy CUMiS
ul. Staromłyńska 24, 83-050 Kolbudy

FORMULARZ ZGŁOSZENIA PACJENTA

Kod dokumentu	PP-6.3/F-01	**Wersja**	2.0
Data opracowania	01.07.2026	**Status**	do zatwierdzenia

Formularz jest dobrowolny. Zgłoszenie można przekazać również bez korzystania z formularza oraz anonimowo.

Rodzaj zgłoszenia

☐ **skarga** ☐ **uwaga** ☐ **wniosek** ☐ **pochwała** ☐ **inne:** _____

Data zdarzenia / okres _____

Miejsce / obszar _____

Opis sprawy

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Jakiego rozwiązania / działania Pan/Pani oczekuje?

_____

_____

_____

_____

Dane kontaktowe – opcjonalnie*

Imię i nazwisko: _____

Telefon/e-mail/adres do korespondencji: _____

Czy zgłoszenie dotyczy innej osoby?

☐ nie ☐ tak – w przypadku potrzeby przekazania informacji objętych tajemnicą może być konieczne potwierdzenie uprawnienia do działania w imieniu pacjenta.

* Podanie danych nie jest konieczne do złożenia zgłoszenia. Jeżeli zgłoszenie jest anonimowe, Przychodnia nie będzie mogła przekazać indywidualnej odpowiedzi. Wszystkie informacje zawarte w niniejszym zgłoszeniu będą poddane niezbędnej analizie bez względu na możliwość identyfikacji osoby zgłaszającej.

Data i podpis (jeżeli zgłoszenie nie jest anonimowe): _____