**OPIS STANU FAKTYCZNEGO – BŁĄD MEDYCZNY**

**1. Co według Pana/-i było błędem w działaniu personelu medycznego?**

|  |
| --- |
|  |

**2. Kiedy Pan/-i dowiedział/-a się o błędzie medycznym?**

|  |
| --- |
|  |

**3. W jakim wieku jest Poszkodowany/-a? Czy wcześniej chorował/-a przewlekle?**

|  |
| --- |
|  |

**4. Jakie są skutki błędu medycznego? Czy Poszkodowany/-a doznał/-a uszczerbku na zdrowiu?**

|  |
| --- |
|  |

**OPIS STANU FAKTYCZNEGO – SPRAWY RÓŻNE**

**Szanowny Panie/Szanowna Pani,**

**jeżeli zgłaszany przez Państwa problem nie dotyczy błędu medycznego, uprzejmie prosimy o przesłanie opisu zdarzenia wraz ze szczegółową informacją dotyczącą terminów i dat w danej sprawie.**

|  |
| --- |
|  |