

Potilaan, asiakkaan tai läheisen vaaratilanneilmoitus

Tapahtumapäivä*

Tapahtumapäivä ei tiedossa

Tapahtuma-aika* (HH:mm)

Tapahtuma-aika ei tiedossa

Tapahtumapaikka* (Laita myös yksikön nimi, mikäli se on tiedossa)

Tapahtumapaikka ei tiedossa

Tapahtuman kuvaus*

Ehdota miten tapahtuma voitaisiin estää tai/ja mitä korjaavia toimenpiteitä on jo tehty

Haluan, että minuun otetaan tarvittaessa yhteyttä

Nimi*

Sähköpostiosoite*

Puhelinnumero