

Formularz zgłoszenia incydentu dyskryminacji

1. Dane zgłaszającego

- Imię i nazwisko: _____
- Numer telefonu: _____
- Adres e-mail: _____

2. Data i czas incydentu

- Data: _
- Przybliżony czas: _____

3. Miejsce incydentu

- Lokalizacja (np. gabinet lekarski, poczekalnia, rejestracja): _____

4. Osoby zaangażowane

- Imię i nazwisko osoby/osób, które były zaangażowane w incydent: _____
- Rola osoby/osób (np. pacjent, lekarz, pielęgniarka, pracownik rejestracji): _____

5. Opis incydentu

- Prosimy o szczegółowe opisanie zdarzenia, w tym wszelkie istotne informacje:

6. Rodzaj dyskryminacji

- Zaznacz wszystkie odpowiednie kategorie:
 - Rasowa lub etniczna
 - Ze względu na płeć
 - Ze względu na orientację seksualną
 - Ze względu na religię
 - Ze względu na niepełnosprawność
 - Ze względu na wiek

Inne (prosimy o wyjaśnienie): _____

7. Świadcowie zdarzenia (opcjonalne)

Imię i nazwisko świadka/świadków: _____

Dane kontaktowe świadka/świadków: _____

8. Działania podjęte na miejscu zdarzenia (opcjonalne)

Czy podjęto jakiegokolwiek działania natychmiast po incydencie? Jeśli tak, prosimy o ich opis:

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

9. G. Sugestie dotyczące rozwiązania (opcjonalne)

Czy masz jakieś sugestie dotyczące rozwiązania tego problemu lub działań, które powinny zostać podjęte?

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

10. 10. Podpis (opcjonalne)

Podpis zgłaszającego: _____

Data zgłoszenia: _____

Instrukcje

Prosimy o wypełnienie formularza i przekazanie go bezpośrednio pracownikom Rejestracji.

Dziękujemy za zgłoszenie. Twoja sprawa zostanie rozpatrzona z najwyższą starannością i poufnością.