



VITA ZESPÓŁ LEKARZA RODZINNEGO S.C. ELŻBIETA TOMIAKI WSPÓLNICY,  
67-106 OTYŃ UL. Nowa 5/1,  
TEL. 68 3550 291, NIP 9251504398, REGON 970613177

## 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. Świadkowie 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:

.....

.....

.....

.....

## G. Sugestie dotyczące rozwiązania (opcjonalne)

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

.....

.....

.....

.....

## 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.**