

_____ (miejsowość i data)

Pan/Pani _____

_____ (imię i nazwisko kierownika oraz nazwa podmiotu leczniczego)

Zawiadomienie

o zastosowaniu przymusu bezpośredniego

na podstawie § 16 ust. 1 pkt 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie sposobu stosowania i dokumentowania zastosowania przymusu bezpośredniego oraz dokonywania oceny zasadności jego zastosowania (Dz. U. poz. 740)

1. W dniu _____ o godz. _____
wobec Pana (Pani) _____
(imię i nazwisko)
pacjenta (pacjentki) oddziału _____
2. Zastosowano przymus bezpośredni w formie _____
3. Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego wydał/a _____
(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zlecającego)
4. Zlecenie o zastosowaniu przymusu bezpośredniego zatwierdził/a _____
(czytelne imię i nazwisko oraz stanowisko zatwierdzającego)
5. Okoliczności zastosowania przymusu bezpośredniego:
- 1) przyczyny _____

- 2) osoby wykonujące (imię i nazwisko) _____

- 3) przebieg _____

- 4) skutki zastosowania przymusu bezpośredniego dla zdrowia pacjenta (pacjentki) _____

- 5) przed zastosowaniem przymusu bezpośredniego uprzedzono o tym osobę, wobec której środek ten ma być podjęty: _____
tak/nie

Ocena lekarza zatwierdzającego zastosowanie przymusu bezpośredniego*:

Ocena kierownika podmiotu leczniczego lub upoważnionego lekarza o zastosowaniu przymusu bezpośredniego:

Podpis zlecającego
(pielęgniarki/lekarza)

Podpis zatwierdzającego*
(lekarza)

Podpis kierownika podmiotu
leczniczego/upoważnionego lekarza

* Wypełnić w przypadku zlecenia zastosowania przymusu bezpośredniego przez pielęgniarkę.