Potilaan, asiakkaan tai läheisen vaaratilanneilmoitus

Puhelinnumero

Sähköpostiosoite\*

Nimi\*

Haluan, että minuun otetaan tarvittaessa yhteyttä

(HH:mm)

(Laita myös yksikön nimi, mikäli se on tiedossa)

Tapahtumapäivä ei tiedossa

Tapahtumapaikka ei tiedossa

Tapahtuma-aika ei tiedossa

**Tapahtuma-aika\***

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

**Tapahtumapaikka\***

**Tapahtuman kuvaus\***

**Tapahtumapäivä\***