



Załącznik Nr 2, wersja 02/2025
do Standardów Ochrony Małoletnich
Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu

KARTA INTERWENCJI

.....

pieczętka komórki organizacyjnej

Imię (imiona) i nazwisko małoletniego pacjenta:

.....

PESEL: |...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|...|

Przyczyna interwencji (forma krzywdzenia)

.....

.....

Osoba zawiadamiająca o podejrzeniu krzywdzenia

..... data

Opis działań podjętych przez Koordynatora Ochrony Małoletnich.

.....

.....

.....

.....

.....

Spotkania z opiekunami małoletniego.

Data:

Opis:

.....

.....

Imię (imiona) i nazwisko małoletniego pacjenta:



Załącznik Nr 2, wersja 02/2025
do Standardów Ochrony Małoletnich
Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu

KARTA INTERWENCJI

.....

pieczętka komórki organizacyjnej

.....

cd. opisu:

.....

.....

Forma podjętej interwencji:

1) Zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa*.

2) Wniosek o wgląd w sytuację małoletniego*.

3) Inny rodzaj interwencji*:

Jaki?.....

.....

.....

Dane dotyczące interwencji (nazwa organu, do którego zgłoszono interwencje, data)

.....

.....

.....

.....

.....

Data i czytelny podpis pracownika

*) niepotrzebne skreślić