

Om verksamheten

**Rapport om händelse som ska utredas enligt SoL eller LSS (Lex Sarah)**

|  |
| --- |
| Namn på verksamhet |
| Verksamhetsansvarig chef |
| Namn på person berörd av händelsen |

Beskrivning av händelsen

|  |
| --- |
| När inträffade händelsen? Datum, veckodag, klockslag alternativt tidsperiod för det inträffade |
| Beskriv händelsen kortfattat |

Uppgiftslämnare

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |  |
| Namn | Namnförtydligande |
| Arbetsplats | Titel/befattning |
| Telefon arbete | Mobil |

Blanketten skickas till:

En kopia av den ifyllda blanketten skickas till omvårdnadsförvaltningen. Rapporten kommer att registreras i omvårdnadsnämndens diarium.