

Diarienummer.....

22.1 Intern utredning för lex Maria

Vårdgivarens namn	Verksamhetens namn	Enhetens namn
-------------------	--------------------	---------------

Datum, veckodag samt klockslag för inträffade händelse	Patientens namn och personnummer
--	----------------------------------

Kortfattad beskrivning av händelseförloppet och konsekvenserna för patienten
--

Identifierade orsaker till händelsen

Omedelbart vidtagna korrigerande åtgärder

Riskbedömning, dvs. sannolikheten för att liknande händelser skall inträffa igen och tänkbara konsekvenser
--

Händelser av liknande art som tidigare har inträffat i verksamheten

Risikoförebyggande åtgärder som vidtagits med utgångspunkt från riskbedömningen

Utredningsansvarig

Namn	Titel/Funktion
Underskrift	Telefon