

Diarienummer.....

**13. 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