

ZAŁĄCZNIK NR 4**Karta Interwencji**

Imię i nazwisko małoletniego pacjenta	Imię	Nazwisko
Przyczyna interwencji (forma krzywdzenia)		
Osoba zawiadamiająca o podejrzeniu krzywdzenia	Imię	Nazwisko
	Stanowisko lub pokrewieństwo	
Opis podjętych działań	Data i miejsce	Opis
	Data i miejsce	Opis
	Data i miejsce	Opis
Forma podjętej interwencji (zaznaczyć X właściwe lub opisać podjęte działania)	Zawiadomienie o podejrzeniu przestępstwa	
	Wniosek o wgląd w sytuację małoletniego/rodziny	
	Inny rodzaj interwencji (Jaki?)	
Dane dotyczące interwencji	Data interwencji	Nazwa organu do którego zgłoszono interwencję
Wynik interwencji – działania organów wymiaru sprawiedliwości lub działanie podjęte przez rodziców (Jeśli podmiot uzyskał stosowne informacje)	Data i organ podejmujący interwencję	Opis działania
	Data i organ podejmujący interwencję	Opis działania
	Data i organ podejmujący interwencję	Opis działania
Uwagi i podsumowanie		