PERUSTURVAKUNTAYHTYMÄ
Karviainen

Anmärkning
som gäller vård eller bemötande av patient

Ankomstdatum _____

Person som anmärkningen om vården eller bemötandet gäller

Namn	Personbeteckning
Adress	Telefonnummer

Vad gäller anmärkningen? (vid behov i separat bilaga)

- ☐ vårdfel eller felaktigt förfarande
- ☐ anteckningar i patienthandlingarna
- ☐ intyg eller utlåtanden
- ☐ tillgången till information
- ☐ ordination av läkemedel
- ☐ osakligt uppförande/bemötande
- ☐ efterlevnad av sekretessbestämmelserna
- ☐ något annat, vad?

Vad har hänt, var och när? (vid behov i separat bilaga)

Vilka åtgärder önskar den som framställer anmärkningen?

☐ Jag samtycker till att en kopia av svaret skickas till patientombudsmannen.

Datum, underskrift och kontaktinformation för den som framställer anmärkningen

Datum	Underskrift och namnförtydligande
Adress och telefonnummer	

Anmärkningen ska skickas under adressen:
Perusturvakuntayhtymä Karviainen, chefsöverläkare, PL 114, 03101 Nummela
ELLER: Perusturvakuntayhtymä Karviainen, övertandläkare, PL 114, 03101 Nummela

Tulosta
Tyhjennä