

Anmärkning mot vården eller bemötandet av en patient

Verksamhetsenhet för hälso- och sjukvård:		Datum:	
Person vars vård eller bemötande anmärkningen gäller	Efternamn, Förnamn (tilltalsnamnet understreckas):		Personbeteckning:
	Adress:		
	Postnummer och -anstalt:		Telefonnummer:
Verksamhetsenhet som anmärkningen gäller	Verksamhetsenhet:		
	Händelsetidpunkt:		
	Vem/vad gäller anmärkningen (t.ex. namn och tjänsteställning):		
Beskrivning av händelsen (vid behov på särskild bilaga)			
Orsak till anmärkningen	Vad vill du anmärka mot?		

Vilka åtgärder anser anmärkningens framställare att verksamhetsenheten ska vidta?	
Datum, anmärkningsframställarens underskrift och kontaktuppgifter	Datum: _____ Adress och tfn _____ Underskrift och namnförtydligande: _____ _____

Den ifyllda blanketten skickas till adressen: Työplus Yhtiöt Oy / Ledande läkare, Mariegatan 26, 67200 Karleby

BESLUT PÅ GRUNDVAL AV ANMÄRKNINGEN (vid behov på särskild bilaga) se bilaga

Ärendet har avgjorts av	Namn:	Tjänsteställning:
Åtgärder som har vidtagits med anledning av anmärkningen, med motiveringar		
Datum, underskrift och namnförtydligande:		

Ändring i beslut genom vilket anmärkningen har avgjorts får inte sökas genom besvär.

DOKUMENT OCH SVAR med bilagor har återsänts <input type="checkbox"/> till klienten/ anmärkningsframställare <input type="checkbox"/> till patientombudsmannen	Datum
--	--------------