

Anmärkning mot vården eller bemötandet av en patient

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



Vilka åtgärder anser anmärkningens framställare att verksamheten ska vidta?	
Datum, anmärkningsframställarens underskrift och kontaktuppgifter	Datum Underskrift och namnförtydligande Adress och telefonnummer

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 ☐ till kunden/anmärkningsframställare ☐ till patientombudsmannen	Datum:
--	--------

