

## Anmärkning som gäller vård eller bemötande av patient

### Person som anmärkningen om vården eller bemötandet gäller

Namn \_\_\_\_\_ Personbeteckning \_\_\_\_\_  
 Adress \_\_\_\_\_ Tfn \_\_\_\_\_

### Vad gäller anmärkningen? (vid behov i separat bilaga)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> vårdfel eller felaktigt förfarande | <input type="checkbox"/> ordination av läkemedel                |
| <input type="checkbox"/> anteckningar i patienthandlingarna | <input type="checkbox"/> osakligt uppförande / bemötande        |
| <input type="checkbox"/> intyg eller utlåtanden             | <input type="checkbox"/> efterlevnad av sekretessbestämmelserna |
| <input type="checkbox"/> tillgången till information        | <input type="checkbox"/> 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:

Lojo stad, chefsöverläkare, PB 71, 08101 Lojo  
 Besöksadress: Fabriksgatan 26, 08100 Lojo

Ankomstdatum \_\_\_\_\_  
 (Anmärkningen besvaras inom en månad från att den inkommit.)