

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, Registratorskontor, PB 71, 08101 Lojo

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