

Potilaan henkilötiedot

Nimi:	Henkilötunnus:
Osoite:	Puhelinnumero:

Muistutuksen tekijä (jos muu kuin potilas itse)

Nimi:	Osoite:
Puhelinnumero:	Valtakirja: <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> Ei

Muistutus koskee

Toimintayksikkö:
Tapahtuma-aika:
<input type="checkbox"/> Hoitoa tai tutkimusta <input type="checkbox"/> Epäasiallista kohtelua/käytöstä <input type="checkbox"/> Potilasasiakirjamerkintöjä <input type="checkbox"/> Hoitoon pääsyä
<input type="checkbox"/> Salassapitosäännöksiä <input type="checkbox"/> Tiedonsaantia <input type="checkbox"/> Muuta, mitä:

Tapahtuman kuvaus

--

Millaisia toimenpiteitä toivotte toimintayksiköltä? Ehdotukset asian korjaamiseksi.

--

Allekirjoitus

Paikka ja päivämäärä:	<input type="checkbox"/> Suostun siihen, että muistutusasiakirjat voidaan antaa tiedoksi potilasasiamiehelle
Allekirjoitus ja nimenselvennys:	