

Potilaan hoitoon tai kohteluun liittyvä muistutus

Henkilö, jonka hoitoa tai kohtelua muistutus koskee

Nimi _____ Henkilötunnus _____

Osoite _____ Puh. nro _____

Muistutuksen aihe (tarvittaessa erillisellä liitteellä)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> hoito- tai menettelytapavirhettä koskeva | <input type="checkbox"/> lääkkeiden määräämistä koskeva |
| <input type="checkbox"/> potilasasiakirjojen merkintöjä koskeva | <input type="checkbox"/> epäasiallista käytöstä / kohtelua koskeva |
| <input type="checkbox"/> todistuksia ja lausuntoja koskeva | <input type="checkbox"/> salassapitosäännösten noudattamista koskeva |
| <input type="checkbox"/> tiedonsaantia koskeva | <input type="checkbox"/> muu, mikä? |

Mitä tapahtunut, missä ja milloin (tarvittaessa erillisellä liitteellä)?

Mihin toimenpiteisiin muistutuksen tekijä haluaa ryhtyvän asian johdosta?

- Suostun, että vastauksesta saa toimittaa kopion potilas- / tai sosiaaliasiamiehelle.

Päiväys, muistutuksen tekijän allekirjoitus ja yhteystiedot

Päivämäärä _____ Allekirjoitus ja nimenselvennys _____

Osoite ja puhelinnumero _____

Muistutus lähetetään osoitteella:

Lohjan perusturvatoimi, johtava ylilääkäri, PL 71, 08101 Lohja
Käyntiosoite: Kalevankatu 4, 08100 Lohja

Saapumispäivämäärä _____