

Potilaan hoitoon tai kohteluun liittyvä MUISTUTUS

Saapumispvm: \_\_\_\_\_

**MUISTUTUS KOSKEE**

Nimi	Henkilötunnus
Osoite	Puhelinnumero

**MUISTUTUKSEN AIHE (TARVITTAESSA JATKA ERILLISELLÄ LIITTEELLÄ)**

--

**MITÄ ON TAPAHTUNUT JA KOSKA? (TARVITTAESSA JATKA ERILLISELLÄ LIITTEELLÄ)**

--

**MIHIN TOIMENPITEISEEN SINUN MIELESTÄSI KYSEINEN YKSIKKÖ TULISI RYHTYÄ?**

--

**ALLEKIRJOITUS JA YHTEYSTIEDOT**

Päivämäärä	Allekirjoitus ja nimen selvennys
Osoite	Puhelinnumero

Palauta lomake osoitteelle: Inkoon kunta, Rantatie 2, 10210 Inkoo