

\_\_\_\_\_ kommun/stad

## ANMÄRKNING

Lagen om patientens ställning och rättigheter  
785/1992

Anmärkningen skickas till den kommunens/stadens  
registratorskontor som ansvarar för servicen

Ankomstdatum

Mottagare

<b>PATIENTENS PERSONUPPGIFTER</b>	Släktnamn, förnamn	Personbeteckning
	Gatuadress	
	Postnummer och -anstalt	Telefonnummer
	Vårdnadshavare / förmyndare och kontaktuppgifter	

<b>ANMÄRKNINGEN GÖRS AV</b> (om annan än patienten)	Namn	
	Gatuadress	
	Postnummer och -anstalt	Telefonnummer

<b>ANMÄRKNINGEN GÄLLER</b>	Vårdenhet (hälsocentral/enhet)	
	Tidpunkt för händelsen	
	Vem/vad gäller anmärkningen (t.ex. namn och titel)	

<b>ORSAK TILL ANMÄRKNINGEN</b>	<input type="checkbox"/> Bemötande	<input type="checkbox"/> Sekretess och tystnadsplikt	<input type="checkbox"/> Tillgång till vård
	<input type="checkbox"/> Dokumentering och datasekretess	<input type="checkbox"/> Datasekretess	<input type="checkbox"/> Misstanke om vårdfel
	<input type="checkbox"/> Patientavgift	<input type="checkbox"/> Rätt till information och kontroll av uppgifter	<input type="checkbox"/> Genomförande av vården
	<input type="checkbox"/> Annat:		

<b>BESKRIVNING AV HÄNDELSEN</b> (vid behov på bilaga)	

se bilaga


<b>FÖRSLAG PÅ ÅTGÄRDER</b>	Vilka åtgärder tycker den som framställer anmärkningen att enheten i fråga borde vidta

<b>DATUM OCH UNDERSKRIFT</b>	Plats och datum	Underskrift och namnförtydligande
------------------------------	-----------------	-----------------------------------

<b>PATIENTENS SAMTYCKE</b>	<input type="checkbox"/> Jag ger mitt samtycke till att hälsovårdsmyndigheten eller en annan tillhandahållare av hälsovårdsservice ger de uppgifter, som är nödvändiga för att utreda denna anmärkning utan hinder av det som föreskrivs om sekretessbelagda uppgifter och tystnadsplikt.	
	<input type="checkbox"/> Jag samtycker även till att anmärkningshandlingarna ges till patientombudsmannen för kännedom.	
	Plats och datum	Patientens underskrift och namnförtydligande

**Man kan inte söka ändring på svaret på anmärkningen. Svaret ges inom 4 veckor.**

<b>DOKUMENT OCH SVAR med bilagor returneras till</b>	<b>Returnerats, datum</b>
<input type="checkbox"/> patienten / den som gjort anmälan <input type="checkbox"/> patientombudsmannen	