

VAATIMUKSET ASIAN SUHTEEN	Ehdotukset asiantilan korjaamiseksi

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika	Muistutuksen tekijän allekirjoitus ja nimenselvennys
-------------------------------------	----------------	--

ASIAKKAAN SUOSTUMUS JA PÄIVÄYS	<input type="checkbox"/> Suostun siihen, että terveydenhuollon toimintaa harjoittavat saavat antaa ne asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaihtolovelvollisuudesta on säädetty. <input type="checkbox"/> Suostun siihen, että muistutusasiakirjat voidaan antaa tiedoksi potilasasiamiehelle.
	Paikka ja aika _____ Potilaan allekirjoitus ja nimenselvennys _____

Muistutuksen johdosta annettuun vastaukseen ei saa hakea muutosta valittamalla. Vastausaika 4 viikkoa..

ASIAKIRJAT JA VASTAUS liitteineen palautetaan	Palautettu, pvm
<input type="checkbox"/> potilaalle / muistutuksen tekijälle <input type="checkbox"/> potilasasiamiehelle	