



POTILAAN HOITOON TAI KOHTELUUN LIITTYVÄ MUISTUTUS

Henkilö, jonka hoitoa tai kohtelua muistutus koskee	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	
		Puhelinnumero
Muistutuksen aihe (tarvittaessa erillisellä liitteellä)	<input type="checkbox"/> Hoito- tai menettelytapavirhe <input type="checkbox"/> Potilasasiakirjojen merkintä <input type="checkbox"/> Todistus tai lausunto <input type="checkbox"/> Tiedonsaanti <input type="checkbox"/> Lääkkeiden määrääminen <input type="checkbox"/> Epäasiallinen käytös / kohtelu <input type="checkbox"/> Salassapitosäännösten noudattaminen <input type="checkbox"/> Hoitoon pääsy <input type="checkbox"/> Muu, mikä	
Muistutuksen kohde	Toimintayksikkö (esim. osasto, poliklinikka)	
	Tapahtuma-aika	
	Ketä (esim. nimi ja virka-asema) tai mitä muistutus koskee)	
Tapahtuman kuvaus (tarvittaessa erillisellä liitteellä) <input type="checkbox"/> liite		
Mihin toimenpiteisiin muistutuksen tekijä haluaa sairaalan ryhtyvän		
Päiväys ja muistutuksen tekijän yhteystiedot ja allekirjoitus	Nimi	Päivämäärä
	Osoite	
		Puhelinnumero
	Allekirjoitus	
Muistutusta koskevan henkilön suostumus ja päiväys	Suostun siihen, että terveydenhuollon viranomainen tai muu terveyspalvelun järjestäjä sekä sosiaalihuollon viranomaiset saavat antaa ne asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaitiolovelvollisuudesta on säädetty. Samalla suostun siihen, että muistutusasiakirjat ja vastaus voidaan antaa tiedoksi potilasasiamiehelle.	
	_____	_____
	Päiväys	Asiakkaan allekirjoitus

Palautusosoite: Mehiläinen Länsi-Pohja Oy, Lääketieteellinen johtaja, Merikatu 3, 94100 Kemi