

HYVÄ POTILAS/LÄHEINEN,

Ollessasi tyytymätön saamaasi hoitoon tai kohteluun, voit tehdä asiasta meille muistutuksen. Muistutuksen voi tehdä tällä lomakkeella tai vapaamuotoisena kirjeenä, josta ilmenee, että kyseessä on muistutus. Erityisestä syyistä muistutus voidaan tehdä myös suullisesti, jolloin palautteen saava henkilö kirjaa sen ylös tälle lomakkeelle.

Lähetä muistutus osoitteeseen:

**Mehiläinen Länsi-Pohja Oy/Terveyspalveluiden johtaja, Kauppakatu 25, 4.krs, 94100 Kemi**

Vastaus muistutukseen lähetetään muistutuksen tekijälle kirjallisena. Muistutuksen johdosta annettuun vastaukseen ei voi hakea muutosta valittamalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 15§). **Muistutusta ja siihen liittyviä asiakirjoja** (henkilökunnalta pyydetty vastineet ja muistutuksen tekijälle annettu vastaus) **ei liitetä potilasasiakirjoihin.**

Muistutuslomakkeella ei voi esittää korvausvaateita; niitä varten on erillinen korvaushakemuslomake. Tarvittaessa potilasasiamies neuvoo ja avustaa muistutukseen liittyvissä asioissa.

<b>Henkilö, jonka hoitoa tai kohtelua muistutus koskee</b>	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	
		Puhelinnumero
<b>Muistutuksen aihe (tarvittaessa erillisellä liitteellä)</b>	<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		
<b>Muistutuksen kohde</b>	Toimintayksikkö (esim. osasto, poliklinikka)	
	Tapahtuma-aika	
	Keta (esim. nimi ja asema) tai mitä muistutus koskee	
<b>Tapahtuman kuvaus (tarvittaessa erillisellä liitteellä)</b>		
<input type="checkbox"/> liite		
<b>Mihin toimepiteisiin muistutuksen tekijä haluaa Mehiläinen Länsi-Pohjan ryhtyvän</b>		



<b>Päiväys ja muistutuksen tekijän yhteydtiedot ja allekirjoitus</b>	Nimi	Päivämäärä
	Osoite	
		Puhelinnumero
	Allekirjoitus	
<b>Muistutusta koskevan henkilön suostumus ja päiväys</b>	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 asiakirjasalisuudesta ja vaitovelvollisuudets on säädetty. Samalla suostun siihen, että muistutusasiakirjat ja vastaus voidaan antaa tiedoksi potilasasiamielle.	
	Päiväys	Asiakkaan allekirjoitus

Muistutuksen tekeminen ei rajoita oikeuttasi kannella terveydenhuoltoa valvoville viranomaisille. Saatuasi vastauksen muistutukseen, on sinulla edelleen oikeus tehdä kantelu valvoville viranomaisille, joita ovat aluehallintovirastot (AVI), Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), eduskunnan oikeusasiamies ja oikeuskansleri.

