

Mottagits, datum	Mottagits av
------------------	--------------

PATIENTENS PERSONUPPGIFTER	Efternamn, förnamn (strecka under tiltalsnamn)		Personbeteckning
	Adress		
	Postnummer och adressort	Epost	
	Minderårigs vårdnadshavare/intressebevakaren och dennes adress		

DEN SOM FRAMSTÄLLER ANMÄRKNINGEN (om annan än patienten)	Namn		
	Adress		
	Postnummer och adressort	Telefon	

FÖREMÅL FÖR ANMÄRKNINGEN	Verksamhetsenhet (hälsocentral/avdelning/specialområde)
	Tidpunkt för händelsen
	Vem/vad anmärkningen gäller (t.ex. namn och tjänsteställning)

ANMÄRKNING
Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992)

DEN FRÅGA SOM ANMÄRKNINGEN GÄLLER	<p>Behandling eller undersökning</p> <p>Personalens uppförande eller något annat i anslutning till bemötandet</p> <p>Tystnadsplikt och datasekretess</p> <p>Väntetid till vården eller att få kontakt med vården</p> <p>Dokumentanteckningar</p> <p>Misstanke om patientskada</p> <p>Patientavgift</p> <p>Rätt att få upplysningar / kontrollera uppgifter</p> <p>Genomförandet av vården</p> <p>Förskrivning av läkemedel</p> <p>Självbestämmanderätt</p> <p>Annat:</p>
--	--

BESKRIVNING AV HÄNDELSEN (vid behov i separat bilaga) se bilaga	
--	--

ANMÄRKNING
Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992)

KRAV I FRÅGAN (förslag om att förbättra eller korrigera verksamheten)	
---	--

DATUM OCH UNDERSKRIFT	<p>Jag samtycker till att de dokument som sammanhänger med anmärkningen får ges patientombudsmannen för kännedom.</p> <p>Ort och datum</p> <p>Underskrift och namnförtydligande av den som framställer anmärkningen</p>
------------------------------	---

SAMTYCKE OCH DATUM	<p>Jag samtycker till att de som verkar inom hälso- och sjukvården får meddela de uppgifter i anslutning till mitt klientskap som behövs för utredning av denna anmärkning oberoende av bestämmelserna om handlingssekretess och tystnadsplikt.</p> <p>Ort och datum</p> <p>Patientens eller intressebevakarens/vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande</p>
---------------------------	--

I fråga om det svar som ges med anledning av anmärkningen får ändring inte sökas genom besvär. Svarstid 4 veckor.

ANMÄRKNING
Lagen om patientens ställning och rättigheter (785/1992)

Skicka anmärkningen till

Östra Nylands välfärdsområde
Registratorskontoret
Mannerheimgatan 20 K
06100 Borgå

Eller per kryperad epost, se anvisningarna under.

- Bifoga adressen direkt i webbläsaren <https://www.turvaposti.fi/viesti/kirjaamo@itauusimaa.fi>
- Skriv i fältet högst upp din egen e-postadress. Det kommer en begäran om bekräftelse från Turvaposti på din e-post.
- Skriv ett meddelande och bifoga bilagan/bilagorna. Bilagornas sammanlagda maximala storlek är 100 Mb.
- Tryck på "Skicka".
- Från Turvaposti får du en begäran om bekräftelse i din e-postadress som du också ska kvittera genom att klicka på länken i meddelandet.
- Meddelandet går till mottagaren först efter din kvittering!

Välfärdsområdet fyller i:

DOKUMENTET OCH SVARET återlämnas jämte bilagor	Återlämnats, datum
<input type="checkbox"/> till patienten / till den som framställt anmärkningen	
<input type="checkbox"/> till patientombudsmannen	