

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

| | |
|--|--|
| 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 | |