

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

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

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

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

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

<b>BESKRIVNING AV HÄNDELSEN</b> (vid behov i separat bilaga) <input type="checkbox"/> se bilaga	
---	--

<b>KRAV I FRÅGAN</b>  (förslag om att förbättra eller korrigera verksamheten)	
---	--

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

<b>SAMTYCKE OCH DATUM</b>	<input type="checkbox"/> 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.  Ort och datum  Patientens eller intressebevakarens/vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande
---------------------------	--

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

Skicka anmärkningen till

Östra Nylands välfärdsområde  
Registratorskontoret  
Mannerheimgatan 20 K  
06100 Borgå

Eller per krypterad 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:**

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