

Vastaanotettu, pvm	Vastaanottaja
--------------------	---------------

POTILAAN HENKILÖTIEDOT	Sukunimi, etunimet (alleiviiva puhuttelunimi)	Henkilötunnus
	Osoite	
	Postinumero ja -toimipaikka	Sähköpostiosoite
	Alaikäisen huoltaja/edunvalvoja ja hänen osoitteensa	

MUISTUTUKSEN TEKIJÄ (jos muu kuin potilas)	Nimi	Sähköpostiosoite
	Osoite	
	Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin

MUISTUTUKSEN KOHDE	Toimintayksikkö (terveyskeskus/osasto/erikoisala)	
	Tapahtuma-aika	
	Ketä/mitä muistutus koskee (esim. nimi ja virka-asema)	

MUISTUTUKSEN AIHE	<input type="checkbox"/> Hoito tai tutkimus <input type="checkbox"/> Henkilökunnan käytös tai muu kohteluun liittyvä asia <input type="checkbox"/> Salassapito ja tietosuojat <input type="checkbox"/> Hoitoon pääsy tai yhteyden saaminen <input type="checkbox"/> Asiakirjojen merkinnät <input type="checkbox"/> Potilasvahinkoepäily <input type="checkbox"/> Potilasmaksu <input type="checkbox"/> Tiedonsaanti / tarkastusoikeus <input type="checkbox"/> Hoidon toteuttaminen <input type="checkbox"/> Lääkkeiden määrääminen <input type="checkbox"/> Itsemääräämisoikeus <input type="checkbox"/> Muu:
------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

TAPAHTUMAN KUVAUS (tarvittaessa eri liitteessä) <input type="checkbox"/> kts. liite	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

<p>VAATIMUKSET ASIAN SUHTEEN</p> <p>(ehdotukset toiminnan parantamiseksi tai korjaamiseksi)</p>	
<p>PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS</p>	<p><input type="checkbox"/> Suostun siihen, että muistutusasiakirjat voidaan antaa tiedoksi potilasasiamiehelle.</p> <p>Paikka ja aika</p> <p>Muistutuksen tekijän allekirjoitus ja nimenselvennys</p>
<p>SUOSTUMUS JA PÄIVÄYS</p>	<p><input type="checkbox"/> Suostun siihen, että terveydenhuollon toimintaa harjoittavat saavat antaa ne asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaitiolovelvollisuudesta on säädetty.</p> <p>Paikka ja aika</p> <p>Potilaan tai edunvalvojan/huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys</p>

Muistutuksen johdosta annettuun vastaukseen ei saa hakea muutosta valittamalla. Vastausaika 4 viikkoa.

Lomake tulee toimittaa postitse osoitteeseen:

Kirjaamo
Itä-Uudenmaan hyvinvointialue
Mannerheiminkatu 20 K, 3. krs, 06100 Porvoo

tai turvapostilla (sähköposti), ohje alla.

Näin lähetät salatun viestin Kirjaamolle sähköpostilla

- Kirjoita selaimen: <https://www.turvaposti.fi/viesti/kirjaamo@itauusimaa.fi>
- Kirjoita avautuvan näytön ylimpään kenttään oma sähköpostiosoitteesi, johon saapuu Turvaposti-palvelimelta lähetyksesi vahvistuspyyntö.
- Kirjoita viesti ja liitä mahdollinen liite/liitteet. Liitteiden yhteenlaskettu enimmäiskoko on 100 Mb.
- Klikkaa "Lähetä".
- Turvaposti-palvelimelta saat vahvistuspyynnön sähköpostiosoitteeseesi, joka sinun pitää vielä kuitata klikkaamalla viestissä olevaa linkkiä. Viesti lähtee vastaanottajalle vasta tämän kuittauksen jälkeen!

Hyvinvointialue täyttää:

ASIAKIRJA JA VASTAUS palautetaan liitteineen	Palautettu, pvm
<input type="checkbox"/> potilaalle / muistutuksen tekijälle	
<input type="checkbox"/> potilasasiamiehelle	