

Vastaanotettu \_\_\_/\_\_\_ 20\_\_

Diaarinumero \_\_\_\_\_

<b>POTILAAN / ASIAKKAAN HENKILÖTIEDOT</b>	Sukunimi, etunimet	Henkilötunnus
	Osoite	Postinumero ja -toimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite
	Alaikäisen huoltaja/edunvalvoja ja hänen osoitteensa	
<b>MUISTUTUKSEN TEKIJÄ</b> (jos muu kuin potilas/asiakas)	Nimi	Muistutuksen tekijän asema omainen/läheinen  huoltaja/edunvalvoja  muu: _____
	Osoite	Postinumero ja -toimipaikka
	Puhelinnumero	Sähköpostiosoite
<b>MUISTUTUKSEN KOHDE</b>	Toimintayksikkö tai palvelu (terveyskeskus/osasto/erikoisala/sosiaalihuollon palvelu)	
	Tapahtuma-aika	
	Ketä/mitä muistutus koskee (esim. nimi ja virka-asema)	
<b>MUISTUTUKSEN AIHE</b>	Asiakirjojen merkinnät ja kirjaukset  Esinevahinko  Henkilökunnan käytös tai muu kohteluun liittyvä asia  Hoidon, tutkimuksen tai palvelun toteuttaminen  Itsemääräämisoikeus  Käsittelyaika/hoitoon pääsy tai yhteyden saaminen  Laskuun tai maksuihin liittyvä asia	

	<p>Lääkkeiden määrääminen</p> <p>Palvelun tai hoidon saatavuus</p> <p>Potilasvahinkoepäily</p> <p>Päätös</p> <p>Salassapito ja tietosuojat</p> <p>Tiedonsaanti / tietojen tarkistusoikeus</p> <p>Muu: _____</p>
--	---

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

<p><b>VAATIMUKSET ASIAN SUHTEEN</b> (ehdotukset toiminnan parantamiseksi tai korjaamiseksi)</p>	
---	--

<b>SUOSTUMUKSET, PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS</b>	<p><b>Suostun</b> siihen, että muistutusasiakirjat annetaan tiedoksi sosiaali- ja potilasasiavastaavalle</p> <p><b>Suostun</b> siihen, että muistutusvastaus annetaan tiedoksi sosiaali- ja potilasasiavastaavalle.</p> <p><b>Suostun</b> siihen, että terveydenhuollon/sosiaalihuollon 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><b>Suostun</b> siihen, että muistutusvastaus toimitetaan minulle sähköisesti salattuna sähköpostina (Turvaposti).</p> <p>Paikka ja aika</p> <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> <hr style="width: 50%; margin-left: 0;"/> <p>Asiakkaan tai potilaan allekirjoitus ja nimenselvennys TAI asiakkaan tai potilaan edunvalvojan/hooltajan allekirjoitus ja nimenselvennys</p>
---	---

Muistutukseen annettuun vastaukseen ei saa hakea muutosta valittamalla. Muistutusvastaukseen tyytymätön voi kannella asiasta Aluehallintovirastolle. Alueen [sosiaali- ja potilasasiavastaava](#) auttaa tarvittaessa. Muistutuksen vastausaika on noin 4 viikkoa.

Lomake tulee toimittaa kirjaamoon joko [Turvapostilla](#) tai postitse osoitteeseen:

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

tai allekirjoitettuna 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!

Sosiaali- ja potilasasiavastaavan yhteystiedot:

Anette Karlsson  
anette.karlsson@itauusimaa.fi  
040 514 2535  
Puhelinaika ma ja to klo 9–13