

Vastaanotettu / 20 Diaarinumero

<b>POTILAAN / ASIAKKAAN HENKILÖTIEDOT</b>	Sukunimi, etunimet	Henkilötunnus
	Katuosoite	Postinumero ja -toimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite
	Alaikäisen huoltaja/edunvalvoja ja hänen osoitteensa	
<b>MUISTUTUKSEN TEKIJÄ</b> (jos muu kuin potilas/asiakas)	Nimi	Muistutuksen tekijän asema <input type="checkbox"/> omainen/läheinen <input type="checkbox"/> huoltaja/edunvalvoja <input type="checkbox"/> muu: _____
	Katuosoite	Postinumero- ja toimipaikka
	Puhelin	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>	<input type="checkbox"/>	Asiakirjojen merkinnät ja kirjaukset
	<input type="checkbox"/>	Esinevahinko
	<input type="checkbox"/>	Henkilökunnan käytös tai muu kohteluun liittyvä asia
	<input type="checkbox"/>	Hoidon, tutkimuksen tai palvelun toteuttaminen
	<input type="checkbox"/>	Itsemääräämisoikeus
	<input type="checkbox"/>	Käsittelyaika/hoitoon pääsy tai yhteyden saaminen
	<input type="checkbox"/>	Laskuun tai maksuihin liittyvä asia
	<input type="checkbox"/>	Lääkkeiden määrääminen
	<input type="checkbox"/>	Palvelun tai hoidon saatavuus
	<input type="checkbox"/>	Potilasvahinkoepäily
	<input type="checkbox"/>	Päätös
	<input type="checkbox"/>	Salassapito ja tietosuojat
	<input type="checkbox"/>	Tiedonsaanti / tietojen tarkistus-oikeus
<input type="checkbox"/>	Muu:	

<p><b>TAPAHTUMAN KUVAUS</b> (tarvittaessa eri liitteessä)</p> <p><input type="checkbox"/> kts. liite</p>	
<p><b>VAATIMUKSET ASIAN SUHTEEN</b></p> <p>(ehdotukset toiminnan parantamiseksi tai korjaamiseksi)</p>	
<p><b>SUOSTUMUKSET, PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUS</b></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Suostun</b> siihen, että muistutusasiakirjat annetaan tiedoksi sosiaali- ja potilasasiavastaavalle</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Suostun</b> siihen, että muistutusvastaus annetaan tiedoksi sosiaali- ja potilasasiavastaavalle.</p> <p><input type="checkbox"/> <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><input type="checkbox"/> <b>Suostun</b> siihen, että muistutusvastaus toimitetaan minulle sähköisesti salattuna sähköpostina (Turvaposti).</p> <p>Paikka ja aika</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Asiakkaan tai potilaan allekirjoitus ja nimenselvennys TAI asiakkaan tai potilaan edunvalvojan/huoltajan allekirjoitus ja nimenselvennys</p>

Asiakirjan perusteena olevat lait:

- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (992/85) 13 §
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) 14 §

Muistutukseen annettuun vastaukseen ei saa hakea muutosta valittamalla. Muistutusvastaukseen tyytymätön voi kannella asiasta Lupa- ja valvontavirastolle. Muistutuksen vastausaika on noin 4 viikkoa.

Lomake tulee toimittaa allekirjoitettuna kirjaamoon joko [Turvapostilla](#) tai postitse osoitteeseen: Kirjaamo, Itä-Uudenmaan hyvinvointialue, Tulliportinkatu 1, 06100 Porvoo

Sosiaali- ja potilasasiavastaavan yhteystiedot:  
asiavastaava@itauusimaa.fi  
040 514 2535 (puhelinaika ma ja to klo 9–13)