Itä UUSIMAA / Östra NYLAND | Hyvinvointialue / Välfärdsområde

MUISTUTUS
Sosiaali- ja/tai terveydenhuollon asiakas
Salassa pidettävä

Vastaanotettu ____/____ 20____ Diaarinumero_____

POTILAAN / ASIAKKAAN HENKILÖTIEDOT	Sukunimi, etunimet	Henkilötunnus
	Katuosoite	Postinumero ja -toimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite
	Alaikäisen huoltaja/edunvalvoja ja hänen osoitteensa	
MUISTUTUKSEN TEKIJÄ (jos muu kuin potilas/asiakas)	Nimi	Muistutuksen tekijän asema ☐ omainen/läheinen ☐ huoltaja/edunvalvoja ☐ muu:_____
	Katuosoite	Postinumero- ja toimipaikka
	Puhelin	Sähköpostiosoite
MUISTUTUKSEN KOHDE	Toimintayksikkö tai palvelu (terveyskeskus/osasto/erikoisala/sosiaalihuollon palvelu	
	Tapahtuma-aika	
	Ketä/mitä muistutus koskee (esim. nimi ja virka-asema)	
MUISTUTUKSEN AIHE	☐ 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 ☐ Lääkkeiden määrääminen ☐ Palvelun tai hoidon saatavuus ☐ Potilasvahinkoepäily ☐ Päätös ☐ Salassapito ja tietosuoja ☐ Tiedonsaanti / tietojen tarkistusoikeus ☐ Muu:	

MUISTUTUS
Sosiaali- ja/tai terveydenhuollon asiakas
Salassa pidettävä

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

Asiakirjan perusteena olevat lait:

- *Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (992/85) 10 §*
- *Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000) 23 §*

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 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)