Itä-Uusimaa Hyvinvointialue
Östra Nyland Välfärdsområde

ANMÄRKNING
Klient inom social- och/eller hälsovården
Sekretessbelagd

Mottagits datum _____/____ 20____ Diariumnummer_____

PATIENTENS / KLIENTENS PERSON-UPPGIFTER	Efternamn, förnamn	Personbeteckning
	Adress	Postnummer och ort
	Telefon	e-post
	Minderårigs vårdnadshavare/intressebevakare och dennes adress	
ANMÄRKNINGEN (om annan än patienten/klienten)	Namn	Anmärkningen ☐ släkting/närstående ☐ intressebevakare/vårdnadshavare ☐ annan: _____
	Adress	Postnummer och ort
	Telefon	e-post
FÖREMÅL FÖR ANMÄRKNINGEN	Verksamhetsenhet (hälsocentral/avdelning/specialområde/socialtjänster)	
	Tidpunkt för händelsen	
	Vem/vad anmärkningen gäller (t.ex. namn och tjänsteställning)	
DEN FRÅGA SOM ANMÄRKNINGEN GÄLLER	☐ Dokumentanteckningar ☐ Sakskada ☐ Personalens uppförande eller något annat i anslutning till bemötandet ☐ Genomförandet av vården, undersökning eller service ☐ Självbestämmanderätt ☐ Väntetid till vården eller att få kontakt med vården / Handläggningstid ☐ Faktura- eller betalningsfrågor ☐ Förskrivning av läkemedel ☐ Tillgången till service ☐ Misstanke om patientskada ☐ Beslut ☐ Tystnadsplikt och datasekretess ☐ Tillgång till information/rätt till insyn ☐ Annat:	

Itä UUSIMAA / Östra NYLAND | Hyvinvointialue / Välfärdsområde

ANMÄRKNING
Klient inom social- och/eller hälsovården
Sekretessbelagd

BESKRIVNING AV HÄNDELSEN (vid behov i separat bilaga) ☐ se bilaga	
KRAV I FRÅGAN (förslag för att förbättra eller korrigera verksamheten)	
SAMTYCKE, DATUM OCH UNDERSKRIFT	☐ **Jag samtycker** till att de dokument som sammanhänger med anmärkningen får ges patient- eller socialombudsmannen för kännedom. ☐ **Jag samtycker** till att anmärkningssvaret delges den social- och patientansvariga. ☐ **Jag samtycker** till att de som verkar inom hälso- och sjukvården eller socialvården får meddela de uppgifter i anslutning till mitt klientskap som behövs för utredning av denna anmärkning oberoende av bestämmelserna om handlingssekretess och tystnadsplikt. ☐ **Jag samtycker** till att påminnelsesvaret skickas till mig elektroniskt som krypterad e-post. Ort och datum _____ _____ Patientens eller klientes underskrift och namnförtydligande ELLER intressebevakarens/vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande

Lagstiftning som dokumentet baserar sig på:

- *Lagen om patientensställning och rättigheter (785/1992) 10 §*
- *Lagen om klientensställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) 23 §*

I fråga om det svar som ges med anledning av anmärkningen får ändring inte sökas genom besvär. Den som är missnöjd med anmärkningssvaret kan klaga hos Regionförvaltningsverket. Regionens social- och patientombudsman hjälper vid behov. Svarstid är 4 veckor.

Fyll i blanketten och skicka den per post eller till som Krypterad e-post till kirjaamo@itauusimaa.fi.
Östra Nylands välfärdsområde Registratorskontoret
Tullportsgatan 1, 06100 Borgå

Social- och patientombud:
asiavastaava@itauusimaa.fi
040 514 2535 (telefontid mon. och tors. kl. 9–13)