

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 <input type="checkbox"/> släkting/närstående <input type="checkbox"/> intressebevakare/vårdnadshavare <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> Dokumentanteckningar <input type="checkbox"/> Sakskada <input type="checkbox"/> Personalens uppförande eller något annat i anslutning till bemötandet <input type="checkbox"/> Genomförandet av vården, undersökning eller service <input type="checkbox"/> Självbestämmanderätt <input type="checkbox"/> Väntetid till vården eller att få kontakt med vården / Handläggningstid <input type="checkbox"/> Faktura- eller betalningsfrågor <input type="checkbox"/> Förskrivning av läkemedel <input type="checkbox"/> Tillgången till service <input type="checkbox"/> Misstanke om patientskada <input type="checkbox"/> Beslut <input type="checkbox"/> Tystnadsplikt och datasekretess <input type="checkbox"/> Tillgång till information/rätt till insyn <input type="checkbox"/> Annat: | |

| | |
|---|---|
| <p>BESKRIVNING AV HÄNDELSEN (vid behov i separat bilaga)</p> <p><input type="checkbox"/> se bilaga</p> | |
| <p>KRAV I FRÅGAN (förslag för att förbättra eller korrigera verksamheten)</p> | |
| <p>SAMTYCKE, DATUM OCH UNDERSKRIFT</p> | <p><input type="checkbox"/> Jag samtycker till att de dokument som sammanhänger med anmärkningen får ges patient- eller socialombudsmannen för kännedom.</p> <p><input type="checkbox"/> Jag samtycker till att anmärkningssvaret delges den social- och patientansvariga.</p> <p><input type="checkbox"/> 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.</p> <p><input type="checkbox"/> Jag samtycker till att påminnelsevaret skickas till mig elektroniskt som krypterad e-post.</p> <p>Ort och datum</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Patientens eller klientes underskrift och namnförtydligande ELLER intressebevakarens/vårdnadshavarens underskrift och namnförtydligande</p> |

Lagstiftning som dokumentet baserar sig på:

- Lagen om patientensställning och rättigheter (785/1992) 13 §
- Lagen om klientensställning och rättigheter inom socialvården (812/2000) 14 §

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 Tillstånds- och tillsynsverket. Svarstid är 4 veckor.

Fyll i blanketten och skicka den med underskrift till Registraturen antingen som [Krypterad e-post](#) eller per post till: Östra Nylands välfärdsområde, Registratur, Tullportsgatan 1, 06100 Borgå

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