

Potilaan henkilötiedot

| | |
|---------|----------------|
| Nimi: | Henkilötunnus: |
| Osoite: | Puhelinnumero: |
| | |

Muistutuksen tekijä (jos muu kuin potilas itse)

| | |
|----------------|---|
| Nimi: | Osoite: |
| Puhelinnumero: | Valtakirja: <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> Ei |

Muistutus koskee

| |
|---|
| Toimintayksikkö: |
| Tapahtuma-aika: |
| <input type="checkbox"/> Hoitoa tai tutkimusta <input type="checkbox"/> Epäasiallista kohtelua/käytöstä <input type="checkbox"/> Potilasasiakirjamerkintöjä <input type="checkbox"/> Hoitoon pääsyä |
| <input type="checkbox"/> Salassapitosäännöksiä <input type="checkbox"/> Tiedonsaantia <input type="checkbox"/> Muuta, mitä: |

Tapahtuman kuvaus

| |
|--|
| |
|--|

Millaisia toimenpiteitä toivotte toimintayksiköltä? Ehdotukset asian korjaamiseksi.

| |
|--|
| |
|--|

Allekirjoitus

| | |
|----------------------------------|--|
| Paikka ja päivämäärä: | <input type="checkbox"/> Suostun siihen, että muistutusasiakirjat voidaan antaa tiedoksi potilasasiavastaava |
| Allekirjoitus ja nimenselvennys: | |