

TERVEYDEN HOITON TAI KOHTELUUN LIITTYVÄ MUISTUTUS

(Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992 10§)

Saapunut ____ / ____ 20__

Dnro _____

Potilaan henkilötiedot

Sukunimi, etunimet	Henkilötunnus
Muistutuksen tekijä, alaikäisen huoltajan-/ edunvalvojan nimi ja hänen osoitteensa	
Osoite	
Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelin

Valtuutus

Valtuutan _____ hoitamaan muistutusasiaani. Valtuuttamisen kautta toinen henkilö (lähiomainen/huoltaja) voi edustaa toista henkilöä (esim. alle 18-vuotias)	
Valtuutetun osoite ja puhelinnumero	
Päivämäärä	Potilaan (vajaavaltaisen osalta edunvalvojan) allekirjoitus ja nimenselvennys

Muistutuksen aihe

<input type="checkbox"/> hoidon laatu	<input type="checkbox"/> potilasasiakirjoja tai tietosuojaa koskeva	<input type="checkbox"/> muu, mikä _____
<input type="checkbox"/> hoitoon pääsy	<input type="checkbox"/> tahdonvastainen hoito/itseääräämisoikeus	_____
<input type="checkbox"/> epäasiallinen käytös/kohtelu	<input type="checkbox"/> lääkehoito	_____

Muistutuksen kohde

Hoitopaikka (sairaala/terveysasema/osasto/erikoisala) ja hoidon ajankohta
Ketä/keitä muistutus koskee (esim. nimi ja virka-asema)

Muistutuksen aihe ks. liite

<div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> Jatkuu erillisellä liitteellä</div>
--

Vaatus

Muistutuksen tekijän allekirjoitus ja päiväys

- Suostun siihen, että terveydenhuollon viranomaisen saa antaa asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaitiolovelvollisuudesta on säädetty.
- Samalla suostun siihen, että muistutusasiakirjat voidaan antaa tiedoksi potilasasiamiehelle.

Aika

Paikka

____ / ____ 20____

Muistutuksen tekijän allekirjoitus ja nimenselvennys

Muistutuksista saatavaa palautetta hyödynnetään hoidon laatua kehitettäessä. Muistutuksen tekeminen ei rajoita oikeutta kannella muille valvoville viranomaisille. Muistutuksesta annettuun ratkaisuun ei saa hakea muutosta (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 15§).

Muistutus ja vastaus lähetetty

Aika

____ / ____ 20____

Muistutus lähetetään:

Harjun terveys
Hallinto
Harjukatu 48
15100 Lahti