



Patientens namn/Potilaan nimi	Patientens personbeteckning/Potilaan henkilötunnus
--------------------------------------	---

Orsak till anmärkning/Muistutuksen syy

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Felbehandling eller felaktigt förfaringsätt | <input type="checkbox"/> Läkemedelsordination |
| <input type="checkbox"/> Hoito- tai menettelytapavirhe | <input type="checkbox"/> Lääkkeiden määräys |
| <input type="checkbox"/> Uppgifter i patientjournalen | <input type="checkbox"/> Osakligt uppförande/bemötande |
| <input type="checkbox"/> Potilasasiakirjojen merkinnät | <input type="checkbox"/> Epäasiallinen käytös |
| <input type="checkbox"/> Intyg och utlåtande | <input type="checkbox"/> Sekretessbestämmelser |
| <input type="checkbox"/> Todistus ja lausunto | <input type="checkbox"/> Salassapitosäännökset |
| <input type="checkbox"/> Tillgång till information | <input type="checkbox"/> Annat |
| <input type="checkbox"/> Tiedonsaanti | <input type="checkbox"/> Muu |

Beskriv vad som hänt, var och när samt vilka åtgärder ni önskar att social- och hälsovårdsverket vidtar. Kuvaile mitä on tapahtunut, missä ja milloin sekä mihin toimenpiteisiin toivotte sosiaali- ja terveystyökeskuksen ryhtyvän.

Fortsätt vid behov på skild bilaga!/Jatka tarvittaessa erillisellä liitteellä!

Underskrift/Allekirjoitus

Den som framställer anmärkningen skriver under och fyller i sina kontaktuppgifter
Muistutuksen tekijä allekirjoittaa muistutuksen ja täyttää yhteystiedot

Ort och datum

Paikka ja aika

Underskrift

Allekirjoitus



Namnförtydligande

Nimen selvennys

Adress

Osoite

Telefon

Puhelinnumero

Om den som gör anmärkningen är någon annan än patienten, ange släktskap!

Mikäli muistutuksen tekijä on joku muu kuin potilas, anna sukulaisuus! _____

Anmärkningen sänds/inlämnas till Staden Jakobstad, Social- och hälsovårdsverket, Chefläkaren, Pb 111, 68601 Jakobstad. Chefläkaren svarar med beaktande av sekretessbestämmelserna, samt arkiverar. Obs! Svar på anmärkningen sänds endast till patienten eller till dennes lagliga företrädare.
Muistutus lähetetään osoitteeseen Pietarsaaren kaupunki, Sosiaali- ja terveystyökeskus, Johtava lääkäri, PI 111, 68601 Pietarsaari. Johtava lääkäri vastaa salassapitomääräykset huomioon ottaen ja arkistoi. Huom! Vastaus muistutukseen lähetetään ainoastaan potilaalle tai hänen lailliselle edustajalleen.