


FÖRSLAG TILL HUR SITUATIONEN KAN KORRIGERAS	

DATUM OCH UNDERSKRIFT AV DEN SOM GJORT ANMÄRKNINGEN	<hr/>
----------------------------------------------------------------------------	-------

KLIENTENS SAMTYCKE 	<p>Jag samtycker till att socialvårdsmyndigheten eller annan anordnare av socialservice samt utövare av hälsovårdverksamhet får ge ut sådana uppgifter om mitt klientförhållande som är nödvändiga för att utreda denna anmärkning, utan hinder av vad som stadgas om sekretessbelagda uppgifter och tystnadsplikt. Samtidigt samtycker jag till att anmärkningshandlingarna får ges socialombudsmannen till kännedom.</p> <hr/> <p>Datum _____ Klientens underskrift _____</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SVAR PÅ BASEN AV ANMÄRKNINGEN
 se bilagan

VEM SOM SVARAT	Namn	Tjänsteställning
SVAR MED MOTIVERINGAR OCH DE ÅTGÄRDER SOM HAR VIDTAGITS I ANLEDNING AV ANMÄRKNINGEN		

DATUM, UNDERSKRIFT	<hr/>
-------------------------------	-------

Ändring i svaret på anmärkningen får inte sökas genom besvär (Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården, 23 §)

Svaret med handlingar returneras (med bilagor) <input type="checkbox"/> klienten / den som gjort anmärkningen <input type="checkbox"/> socialombudsman	Datum
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------