

**POTILAAN HOITOON TAI KOHTELUUN LIITTYVÄ MUISTUTUS**  
**ANMÄRKNING MOT VÅRDEN ELLER BEMÖTANDE**

Saapumispäivämäärä  
Ankomstdatum

Henkilö jonka hoitoa tai kohtelua muistutus koskee	Den person anmärkningen om vården eller bemötandet gäller	Nimi ja henkilötunnus	Namn och personbeteckning
		Osoite ja puhelinnumero	Adress och telefonnummer
<b>Muistutuksen aihe</b> (tarv. erillisellä liitteellä)  <b>Orsaken till anmärkningen</b> (använd vid behov skild bilaga)			
<b>Mitä tapahtunut, missä ja milloin</b> (tarv. erillisellä liitteellä)  <b>Vad har hänt, var och när</b> (använd vid behov skild bilaga)			
<b>Mihin toimenpiteisiin muistutuksen tekijän mielestä kyseessä olevassa yksikössä tulisi ryhtyä</b>  <b>Vilka åtgärder tycker den som framställer anmärkningen att enheten i fråga borde vidta</b>			
<b>Muistutuksen tekijän allekirjoitus, päiväys ja yhteystiedot</b>	<b>Datum, underskrift och kontaktuppgifter av dem som framställer anmärkningen</b>	Päiväys, allekirjoitus ja nimen selvennys	Datum, underskrift och namnförtydligande
		Osoite ja puhelinnumero	Adress och telefonnummer

**ASIAKKAAN SUOSTUMUS**

Suostun siihen, että terveydenhuollon viranomainen tai muu terveydenhuollon palvelujen järjestäjä sekä sosiaalihuoltotoimintaa harjoittavat saavat antaa ne asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaihtolovelvollisuudesta on säädetty. Samalla suostun siihen, että muistutusasiakirjat ja vastaus voidaan antaa tiedoksi potilasasiamiehelle.

**KLIENTENS SAMTYCKE**

Jag samtycker till att hälsovårdsmyndigheten eller en annan tillhandahållare av hälsovårdsservice eller utövare av socialvårdsverksamhet ger de uppgifter som min klientrelation vilka är nödvändiga för att utreda denna anmärkning utan hinder av det som föreskrivs om sekretessbelagda uppgifter och tystnadsplikt. Jag samtycker även till att anmärkningshandlingarna ges till patientombudsmannen för kännedom.

**Palautusosoite: Loviisan perusturvakeskus/johtava lääkäri, PL 89, 07901 Loviisa.**

**Anmärkningen sänds till Lovisa grundtrygghetscentral/ledande läkare, PB 89, 07901 Lovisa.**

**Vastausaika 4 viikkoa**

**Svar inom 4 veckor.**

**RATKAISU  
AVGÖRANDE**

<p><b>Muistutuksen johdosta tehdyt toimenpiteet</b></p> <p><b>Åtgärder som vidtagits med anledning av anmärkningen</b></p>	
<p><b>Ratkaisu ja perustelut</b></p> <p><b>Avgörande och motivering</b></p>	
<p><b>Allekirjoitus</b> <b>Underskrift</b></p>	<p>Päiväys, allekirjoitus ja nimen selvennys Datum, underskrift och namnförtydligande</p>

Muistutuksen johdosta annettuun ratkaisuun ei saa hakea muutosta valittamalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 15 §). Muistutus ei estä muiden oikaisukeinojen käyttämistä.

Man kan inte besvära sig över avgörande gällande denna anmärkning ( 15 § Lagen om patientens ställning och rättigheter). Anmärkningen hindrar inte att andra former av ändringssökande används.