

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 10 § (785/1992)

ASIAKKAAN/ POTILAAN TIEDOT	Sukunimi, etunimet		Henkilötunnus	
	Osoite		Postinumero ja –toimipaikka	
MUISTUTUKSEN TEKIJÄ (jos muu kuin asiakas/potilas)	Sukunimi, etunimet		Sukulaisuussuhde/yhteys potilaaseen	
	Osoite	Postinumero ja toimipaikka	Puhelin	
MUISTUTUKSEN KOHDE JA AIHE	Toimipiste, jota muistutus koskee			
	Muistutuksen aihe <input type="checkbox"/> Hoito- tai menettelytapa <input type="checkbox"/> Käytös ja kohtelu <input type="checkbox"/> Tiedonsaanti <input type="checkbox"/> Salassapitosäännösten noudattaminen <input type="checkbox"/> Lääkkeiden määrääminen <input type="checkbox"/> Todistukset ja lausunnot <input type="checkbox"/> Potilasasiakirjamerkinnot <input type="checkbox"/> Muu			
TAPAHTUMAN Kuvaus Tarvittaessa eri liitteenä) <input type="checkbox"/> ks. liite	Mitä on tapahtunut, missä ja milloin?			
	Mihin toimenpiteisiin muistutuksen tekijän mielestä kyseessä olevassa yksikössä tulisi ryhtyä?			
ASIAKKAAN LUPA TIETOJEN KATSELUUN	Annan asian käsittelyn ajaksi luvan katsella potilastietojani päätöksen tekemiseen vaadittavassa laajuudessa. Allekirjoitus ja nimenselvennys			
ALLEKIRJOITUS	Paikka ja aika			
	_____ / _____ 20____ Muistutuksen tekijän allekirjoitus ja nimenselvennys			

9/2017

Muistutuksen palautusosoite:

 Rauman kaupunki/Sosiaali- ja terveystoimiala
 Steniuksenkatu 2, 26100 Rauma (käyntiosoite)
 PL 283, 26101 Rauma (postiosoite)