

Anmärkning mot vården eller bemötande

Ankomstdatum: _____

Den person vars vård eller bemötande anmärkningen gäller

Namn _____

Adress _____

Personbeteckning _____

Telefonnummer _____

Orsaken till anmärkningen

Vad har hänt, var och när?

Vilka åtgärder anser den som framställer anmärkningen att enheten i fråga borde vidta?

Datum, underskrift och kontaktuppgifter av den som framställer anmärkningen

Datum _____ Underskrift och namnförtydligande _____

Adress och telefonnummer _____

Anmärkningen sänds till:

Patientombudsmannen Malax-Korsnäs hälsovårdscentral, Stampvägen 2 66100 Malax