

**POTILAAN HOITOON TAI KOHTELUUN LIITTYVÄ MUISTUTUS**

Saapumispvm

/

20

Käsittelijä _____

Henkilö, jonka hoitoa tai kohtelua muistutus koskee	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite ja puh.numero	
Muistutuksen aihe (tarvittaessa erillinen liite)	<input type="checkbox"/> hoito, tutkimus, toimenpide <input type="checkbox"/> hoitoon pääsy <input type="checkbox"/> potilasasiakirjojen merkinnät <input type="checkbox"/> lääkehoito <input type="checkbox"/> todistus/lausunto <input type="checkbox"/> salassapitosäännökset <input type="checkbox"/> tiedonsaanti <input type="checkbox"/> muu, mikä?	
Hoitopaikka (osasto, poliklinikka tai erikoisala)		
Onko tapahtumaan liittyen oltu aikaisemmin yhteydessä yksikköön tai annettu palautetta?	<input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mihin <input type="checkbox"/> hoitava lääkäri <input type="checkbox"/> osastonhoitaja <input type="checkbox"/> ylilääkäri <input type="checkbox"/> ylihoitaja <input type="checkbox"/> potilasasiamies <input type="checkbox"/> muualle, mihin	
Mitä tapahtui, missä ja milloin? (tarvittaessa erillinen liite)		
Mihin toimenpiteisiin muistutuksen tekijä haluaa ryhtyvän?		
Päiväys, muistutuksen tekijän allekirjoitus, nimenselvennys ja yhteystiedot	Päiväys Allekirjoitus nimenselvennys	Osoite ja puh. numero
Lähetys osoitteella	Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, johtajaylilääkäri Sairaala Nova, H04 Logistiikkahuone Hoitajantie 3 40620 Jyväskylä	