



MUISTUTUS TERVEYDENHUOLLON YKSIKKÖÖN

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

Hyvä asiakas

Mikäli olet tyytymätön saamaasi hoitoon tai kohteluun, on sinulla oikeus tehdä asiasta muistutus terveydenhuollon yksikön toiminnasta vastaavalle johtajalle. Muistutuksen voit tehdä tällä lomakkeella tai vapaamuotoisena kirjeenä, jolloin siitä tulee ilmetä, että kyseessä on muistutus.

Postitusosoite:

Raahen seudun hyvinvointikuntayhtymä/ kirjaamo
PL 25
92101 RAAHE

Vastaus muistutukseen toimitetaan muistutuksen tekijälle kirjallisena. Muistutuksen johdosta annettuun vastaukseen ei voi hakea muutosta valittamalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 15§) Muistutusta ja siihen liittyviä asiakirjoja ei liitetä potilasasiakirjoihin. Tarvittaessa potilas- ja sosiaaliamies neuvoo ja avustaa muistutukseen liittyvissä asioissa, puhelin 0401357946.

Tähdellä (*) merkityt ovat palkollisia tietoja

POTILAAN HENKILÖTIEDOT	*Sukunimi, etunimet (puhuttelunimi alleviivataan)	*Henkilötunnus
	*Postiosoite	
	*Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelin
	Alaikäisen huoltaja tai asiakkaan/potilaan edunvalvoja ja hänen osoitteensa	
MUISTUTUKSEN TEKIJÄ (jos muu kuin potilas itse)	*Nimi	
	*Postiosoite	
	*Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelin
	Mikäli muistutuksen tekijä on muu kuin potilas itse, tulee asianosaisen antaa valtakirja muistutusasian käsittelyä varten. Valtakirja on lomakkeen lopussa.	

MUISTUTUKSEN KOHDE	*Toimintayksikkö (esim. osasto, poliklinikka)	
	*Tapahtuma-aika	
	Ketä (esim. nimi ja virka-asema) tai mitä muistutus koskee?	

TAPAHTUMAN KUVAUS (jatkuu tarvittaessa erillisellä liitteellä)

MILLAISIA TOIMENPITEITÄ TOIVOTTE TOIMINTAYKSIKÖLTÄ? Ehdotukset asiantilan korjaamiseksi:

ASIAN AIKAISEMPI KÄSITTELY Onko asiaa käsitelty aiemmin? Missä/kenen kanssa?

ALLEKIRJOITUS	Päiväys ____ / ____ _____ Potilaan tai muistutuksen tekijän allekirjoitus
POTILAAN SUOSTUMUS	<input type="checkbox"/> Suostun siihen, että terveydenhuollon viranomainen tai muu terveyspalvelun järjestäjä saa antaa minua koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaitiolovelvollisuudesta on säädetty. Suostun siihen, että muistutukseen annettava vastaus voidaan antaa tiedoksi potilas- ja sosiaaliasiamiehelle.

Muistutuksen tekeminen ei rajoita oikeuttasi kannella sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvoville viranomaisille. Saatuaasi vastauksen muistutukseen, on sinulla edelleen oikeus tehdä kantelu valvoville viranomaisille, joita ovat aluehallintovirastot (AVI), Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), eduskunnan oikeusasiamies ja oikeuskansleri.

VALTAKIRJA

Valtuutan _____ tekemään muistutuksen puolestani. Myös muistutukseen annetun vastauksen voi postittaa valtuuttamalleni henkilölle.

Päiväys ____ / ____ _____

Allekirjoitus ja nimen selvennys