

Terveydenhuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukainen muistutus

Asiakkaan henkilötiedot

Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus
Lähiosoite	Puhelinnumero
Postinumero	Postitoimipaikka
Kotipaikka väestötietolain mukaan	Sähköpostiosoite
Äidinkieli <input type="checkbox"/> Suomi <input type="checkbox"/> Ruotsi <input type="checkbox"/> Viittomakieli <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
Alaikäisen huoltaja/edunvalvoja ja hänen osoitteensa	

Muistutuksen tekijä (jos muu kuin asiakas)

Sukunimi ja etunimet	Puhelinnumero
Lähiosoite	Postinumero
Postitoimipaikka	Sähköpostiosoite

Muistutuksen kohde

Toimintayksikkö	
Tapahtuma-aika	
Ketä/mitä muistutus koskee (esim. nimi ja virka-asema)	

Muistutuksen aihe

<p>Mitä aihetta muistutuksesi koskee? Mikäli valitsit useamman aiheen, niin ympyröi lisäksi se aihe, jota muistutus ensisijaisesti koskee.</p>	<input type="checkbox"/>	Asiakas tai potilasmaksu	<input type="checkbox"/>	Päätös tai lausunto
	<input type="checkbox"/>	Hoitoon tai palveluun pääsy	<input type="checkbox"/>	Salassapito tai tietosuoja
	<input type="checkbox"/>	Hoidon tai palvelun laatu	<input type="checkbox"/>	Tahdonvastainen hoito/itseään määräämisoikeus
	<input type="checkbox"/>	Henkilökunnan käytös tai muu kohteluun/menettelyyn liittyvä asia	<input type="checkbox"/>	Tiedonsaanti
	<input type="checkbox"/>	Käsittelyaika	<input type="checkbox"/>	Yhteyden saaminen työntekijään
	<input type="checkbox"/>	Lääkehoito	<input type="checkbox"/>	Muu: _____
	<input type="checkbox"/>	Potilas- tai asiakasasiakirjoja koskeva		

Tapahtuman kuvaus

<p>Mistä asiasta halutaan muistuttaa (tarvittaessa erillisellä liitteellä)</p> <p><input type="checkbox"/> Liite</p>	
---	--

Vaatimukset asian suhteen

Ehdotukset asiantilan korjaamiseksi	
--	--

Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja aika	Muistutuksen tekijän allekirjoitus ja nimenselvennys
-------------------------------------	----------------	---

Asiakkaan suostumus ja päiväys	<input type="checkbox"/> Suostun siihen, että terveydenhuollon viranomainen tai muu terveystalvelujen järjestäjä saavat antaa ne asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaitiolovelvollisuudesta on säädetty. Vakuutan tällä lomakkeella antamani tiedot oikeiksi.	
	<input type="checkbox"/> Suostun siihen, että muistutusasiakirjat annetaan tiedoksi potilasasiavastaavalle	
	Paikka ja aika	Asiakkaan tai asianhoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys
Palautusosoite	Keski-Uudenmaan hyvinvointialue / kirjaamo PL 46 05801 Hyvinkää tai sähköposti: kirjaamo.hva@keusote.fi	

Muistutuksen johdosta annettuun vastaukseen ei saa hakea muutosta valittamalla. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 15§)

Asiakirjat ja vastaus

Asiakirjat ja vastaus liitteineen palautettu (Kirjaamo täyttää)	<input type="checkbox"/> asiakkaalle / muistutuksen tekijälle <input type="checkbox"/> potilasasiavastaavalle
Palautus- päivämäärä	