

**Potilaan henkilötiedot**

Nimi:	Henkilötunnus:
Osoite:	Puhelinnumero:

**Muistutuksen tekijä (jos muu kuin potilas itse)**

Nimi:	Osoite:
Puhelinnumero:	Valtakirja: <input type="checkbox"/> On <input type="checkbox"/> Ei

**Muistutus koskee**

Toimintayksikkö:
Tapahtuma-aika:
<input type="checkbox"/> Hoitoa tai tutkimusta <input type="checkbox"/> Epäasiallinen kohtelu / käytös <input type="checkbox"/> Potilasasiakirjamerkitöjä <input type="checkbox"/> Hoitoon pääsyä
<input type="checkbox"/> Salassapitosäännöksiä <input type="checkbox"/> Tiedonsaantia <input type="checkbox"/> Muuta, mitä:

**Tapahtuman kuvaus****Millaisia toimenpiteitä toivotte toimintayksiköltä. Ehdotukset asian korjaamiseksi.****Allekirjoitus**

Paikka ja päivämäärä:	<input type="checkbox"/> Suostun siihen, että muistutusasiakirjat voidaan antaa tiedoksi potilasasiavastaavalle
Allekirjoitus ja nimenselvennys:	