

POTILAAN HOITOON TAI KOHTELUUN LIITTYVÄ MUISTUTUS (PotL 3. LUKU 10 §)

Saapumispvm _____

Henkilö, jonka hoitoa tai kohtelua muistutus koskee	Nimi ja henkilötunnus:
	Osoite ja puhelinnumero
Osasto / vastaanotto, jota muistutus koskee	
Muistutuksen aihe	<input type="checkbox"/> hoito- tai menettelytapavirhettä koskeva <input type="checkbox"/> epäasiallista käytöstä tai kohtelua koskeva <input type="checkbox"/> salassapitosäännösten noudattamista koskeva <input type="checkbox"/> lääkkeiden määräämistä koskeva <input type="checkbox"/> todistuksia ja lausuntoja koskeva <input type="checkbox"/> tiedonsaantia koskeva <input type="checkbox"/> potilasasiakirjamerkintöjä koskeva <input type="checkbox"/> muu _____
Tapahtuneen kuvaus (tarvittaessa erillisellä liitteellä)	
Toimenpiteet, joihin muistutuksen tekijä haluaa terveydenhuollon yksikön ryhtyvän	
Pvm, muistutuksen tekijän allekirjoitus ja yhteystiedot	

Allekirjoitettu muistutus toimitetaan:

Riihimäen seudun terveyskeskuksen kuntayhtymä
 Johtajaylilääkäri
 PL 13
 11101 Riihimäki