

ANMÄRKNING

PERSONUPPGIFTER	Efternamn	Förnamn (tilltalsnamnet understreckas)	
	Personbeteckning	Telefonnummer	
	Adress		
	Postnummer	Postanstalt	
ANMÄRKNING OM	☐ Vård- eller förfarandemisstag ☐ Anteckningar i patientjournalerna ☐ Intyg och utlåtanden ☐ Informationstillgång		☐ Läkemedelsremiss ☐ Osakligt beteende eller bemötande ☐ Hemlighållning, sekretess ☐ Annat
BESKRIVNING AV HÄNDELSEN			
PLATS FÖR HÄNDELSEN			
VILKA ÅTGÄRDER ÖNSKAR SIG ANMÄRKNINGS-GIVAREN I ÄRENDET?			
Anmärkningen och den lösning som gjorts utifrån anmärkningen får sändas till patientombudsmannen för kännedom? ☐ Ja ☐ Nej			
Tid och plats	Underskrift Namnförtydligande		

BESLUTSFATTARE	Namn	Tjänsteställning
ÅTGÄRDER SOM VIDTAGITS MED ANLEDNING AV ANMÄRKNINGEN		
BESLUT		
MOTIVERINGAR		
Tid och plats	Underskrift Namnförtydligande	