

**Sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan tai potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain mukainen MUISTUTUS**

Jos potilas tai sosiaalihuollon asiakas on tyytymätön kohteluunsa tai menettelyyn, potilas voi tehdä muistutuksen terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle. Sosiaalihuollon asiakas voi tehdä muistutuksen sosiaalihuollon toimintayksikön vastuuhenkilölle tai sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle.

HENKILÖTIEDOT	Sukunimi	Etunimet (kutsumanimi alleviivataan)	
	Henkilötunnus	Puhelinnumero	
	Osoite		
	Postinumero	Postitoimipaikka	
MUISTUTUKSEN AIHE	<input type="checkbox"/> Hoitoa, palvelua tai menettelytapavirhe <input type="checkbox"/> Potilas- tai asiakasasiakirjojen merkintä <input type="checkbox"/> Todistus ja lausunto <input type="checkbox"/> Tiedonsaantia <input type="checkbox"/> Lääkkeiden määrääminen		<input type="checkbox"/> Epäasiallinen käytös-tai kohtelu <input type="checkbox"/> Salassapitosäännökset <input type="checkbox"/> Muu, mikä? <hr/>
MUISTUTUKSEN TEKIJÄ (jos muu kuin asiakas)	Nimi		
	Osoite		
	Postinumero- ja toimipaikka	Puhelin	
AIEMPI KÄSITTELY	Onko asiaa käsitelty aiemmin? <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei  Jos vastasit kyllä, missä ja kenen kanssa?		

<p>TAPAHTUMAN Kuvaus (toimintayksikkö, tapahtuma-aika, ketä/mitä muistutus koskee, esim nimi ja virka-asema ja kuvaus tapahtuneesta)</p>	
<p>TAPAHTUMAPAikka</p>	
<p>EHDOTUKSET ASiantilan KORJAAMISEKSI</p>	
<p>ASIAKKAAN SUOSTUMUS</p>	<p>Suostun siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon viranomainen tai muu sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestäjä saa antaa asiaa selvittäville viranomaisille ne asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaihtolovelvollisuudesta on säädetty.</p> <p>Asiakkaan _____ allekirjoitus</p>
<p>Aika ja paikka</p>	<p>Allekirjoitus</p> <p>Nimenselvennys</p>

Muistutus lähetetään osoitteella:

**Vaasan kaupunki/ Kirjaamo  
Vaasanpuistikko 10, 65100 Vaasa**

**Muistutukseen ei saa hakea muutosta valittamalla. Muistutuksen tekeminen ei rajoita asiakkaan oikeutta kannella asiastaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvoville viranomaisille. (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 23 §, Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 10§). Muistutus voidaan ottaa uudelleen käsittelyyn, mikäli asiassa ilmenee jotain uutta.**

Vaasan kaupunki, Kirjaamo, PL 3, 65101 Vaasa  
Käyntiosoite: Vaasanpuistikko 10, Vaasa

Puhelin (06) 325 1111

s-posti: [etunimi.sukunimi@vaasa.fi](mailto:etunimi.sukunimi@vaasa.fi)

Vasa stad, Registratur, PB 3, 65101 Vasa  
Besöksadress: Vasaesplanaden 10, Vasa

Telefon (06) 325 1111

e-post: [fornamn.efternamn@vaasa.fi](mailto:fornamn.efternamn@vaasa.fi)

RATKAISUN TEKIJÄ	Nimi	Virka-asema
MUISTUTUKSEN JOHDOSTA TEHDYT TOIMENPITEET		
RATKAISU		
PERUSTELUT		
AIKA JA PAIKKA	Allekirjoitus	
	Nimenselvennys	

Vaasan kaupunki, Kirjaamo, PL 3, 65101 Vaasa  
 Käyntiosoite: Vaasanpuistikko 10, Vaasa

Puhelin (06) 325 1111

s-posti: [etunimi.sukunimi@vaasa.fi](mailto:etunimi.sukunimi@vaasa.fi)

Vasa stad, Registratur, PB 3, 65101 Vasa  
 Besöksadress: Vasaesplanaden 10, Vasa

Telefon (06) 325 1111

e-post: [fornamn.efternamn@vaasa.fi](mailto:fornamn.efternamn@vaasa.fi)