

ANMÄRKNING enligt lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården eller lagen om patientens ställning och rättigheter.

Ifall patienten eller klienten inom socialvården är missnöjd med det bemötande eller förfarande denne fått, kan personen göra en anmärkning om till den ansvariga chefen för hälso- och sjukvårdsenheten. En klient som är missnöjd med kvaliteten eller det bemötande som fåtts inom socialvården kan göra en anmärkning om ärendet åt ansvarspersonen för verksamhetsenheten inom socialvården eller åt den ledande tjänstemannen inom socialvården.

PERSONUPPGIFTER	Efternamn	Förnamn (tilltalsnamn understreckas)	
	Personbeteckning	Telefonnummer	
	Adress		
	Postnummer	Postort	
ORSAK TILL ANMÄRKNING	<input type="checkbox"/> Fel i vården, servicen eller förfarandet <input type="checkbox"/> Anteckning i patient- eller klientjournalerna <input type="checkbox"/> Intyg och utlåtande <input type="checkbox"/> Informationstillgång <input type="checkbox"/> Läkemedelsordination		<input type="checkbox"/> Osakligt beteende eller bemötande <input type="checkbox"/> Tystnadspliktsförfattningar <input type="checkbox"/> Annat, vad? <hr/>
ANMÄRKNINGEN GJORD AV (ifall annan än klienten)	Namn		
	Adress		
	Postnummer och -anstalt	Telefon	
TIDIGARE BEHANDLING	Har ärendet behandlats tidigare? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Om du svarade ja, var och med vem?		

<p>BESKRIVNING AV HÄNDELSE (verksamhetsenhet, tid för händelse, vem/vad gäller anmärkningen, t.ex. namn och tjänsteställning och beskrivning av det skedda)</p>	
<p>PLATS FÖR HÄNDELSEN</p>	
<p>FÖRSLAG FÖR ATT KORRIGERA ÄRENDETS TILLSTÅND</p>	
<p>KLIENTENS SAMTYCKE</p>	<p>Jag ger mitt samtycke till att myndigheten inom social- samt hälso- och sjukvården eller en annan ordnare av social-, hälso- eller sjukvård får ge de myndigheter som utreder ärendet de uppgifter som berör mitt klientskap som är nödvändiga att ge för att utreda denna anmärkning utan hinder av det som stiftas om dokumentsekretessen och tystnadsplikten.</p> <p>Klientens _____ underskrift</p>
<p>TID OCH PLATS</p>	<p>Underskrift</p> <p>Namnförtydligande</p>

Anmärkningen sänds på adressen:

**Vasa stad/Registraturen
Vasaesplanaden 10, 65100 VASA**

I en anmärkning får begäran om omprövning inte sökas genom klagomål. Framställandet av en anmärkning påverkar inte klientens rätt att anföra klagomål i sitt ärende hos de myndigheter som övervakar social-, hälso- och sjukvården. (Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården 23 §, Lagen om patientens ställning och rättigheter 10 §). En anmärkning kan tas för återbehandling, ifall det framgår något nytt i ärendet.

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

Puhelin (06) 325 1111

s-posti: etunimi.sukunimi@vaasa.fi

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

Telefon (06) 325 1111

e-post: fornamn.efternamn@vaasa.fi

AVGÖRANDE GJORT AV	Namn	Tjänsteställning
ÅTGÄRDER SOM GJORTS MED ANLEDNING AV ANMÄRKNINGEN		
AVGÖRANDE		
MOTIVERINGAR		
TID OCH PLATS	Underskrift Namnförtydligande	

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

Puhelin (06) 325 1111

s-posti: etunimi.sukunimi@vaasa.fi

Vasa stad, Registraturen, PB 3, 65101 Vasa
 Besöksadress: Vasaesplanen 10, Vasa

Telefon (06) 325 1111

e-post: fornamn.efternamn@vaasa.fi