

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? | | |

| | |
|--|---|
| TAPAHTUMAN KUVAUS (toimintayksikkö, tapahtuma-aika, ketä/mitä muistutus koskee, esim nimi ja virka-asema ja kuvaus tapahtuneesta) | |
| TAPAHTUMAPAIKKA | |
| EHDOTUKSET ASiantilan KORJAAMISEKSI | |
| ASIAKKAAN SUOSTUMUS | 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. Asiakkaan _____ allekirjoitus |
| AIKA JA PAIKKA | Allekirjoitus Nimenselvennys |

Muistutus lähetetään osoitteella:

**Vaasan kaupunki/ Kirjaamo
Raastuvankatu 33A, 65100 Vaasa**

Muistutukseen ei saa hakea muutosta valittamalla. Muistutuksen tekeminen ei rajoita asiakkaan oikeutta kannella asiastaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa valvoville viranomaisille. (Laki sosiaali- ja terveydenhuollon 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

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

Telefon (06) 325 1111

e-post: 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

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

Telefon (06) 325 1111

e-post: fornamn.efternamn@vaasa.fi