

<b>Patientens personuppgifter</b>	Namn	Personsignum
	Adress	Telefon
	Vårdnadshavare för minderårig person eller patientens intressebevakare samt personens adress	
<b>Person som gör anmärkning (om det här är någon annan än patienten)</b>	Namn	
	Adress	Telefon
	Vilket förhållande har den person som gör anmärkningen till patienten 1. <input type="checkbox"/> Make/ maka 2. <input type="checkbox"/> Vårdnadshavare 3. <input type="checkbox"/> Barn 4. <input type="checkbox"/> annan, vad?	
<b>Den enhet som anmärkningen gäller</b>	Avdelning/poliklinik	
	Händelsetid	
<b>Orsak till anmärkningen</b>	<input type="checkbox"/> Vårdtillgång <input type="checkbox"/> Vård eller undersökning <input type="checkbox"/> Beteende eller bemötande <input type="checkbox"/> Läkemedelsbehandling <input type="checkbox"/> Intyg och utlåtanden	<input type="checkbox"/> Tillgång till information <input type="checkbox"/> Anteckningar i patientjournalen <input type="checkbox"/> Sekretessbestämmelser <input type="checkbox"/> Övrigt, vad?

**Beskrivning av det som skett och åtgärder som ni önskar att sjukhuset vidtar (använd vid behov bilaga)**

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

<b>Bemyndigande</b>	Namnet på den person som bemyndigas	Personsignum
	Datum Underteckning av den som bemyndigas	Telefon
	Jag bemyndigar ovan nämnda person att göra en anmärkning i stället för mig. Patientens underskrift och namnförtydligande	

<b>Upplysning (Med patientens samtycke)</b>	<p>Den respons som en patient eller anhörig gett om en lyckad vård eller eventuella brister i vården ger sjukhuset värdefull information som kan användas till att utveckla servicen på sjukhuset. Det material som används i samband med utvecklingsarbetet innehåller inga uppgifter som kan användas för att identifiera patienten eller den som gjort anmärkningen, varför det inte krävs något separat samtycke för tillgodogörandet av dylikt material.</p> <p>Vid sidan av detta ger jag mitt samtycke till att material som anknyter till anmärkningen kan ges till följande parter för kännedom i syfte att utveckla kvaliteten i vården:</p> <p><input type="checkbox"/> Till kvalitetschefen <input type="checkbox"/> Till kundbetjäningsschef</p>
---	---

<b>Underteckning av den som gjort anmärkningen</b>	Ort och datum:	Underskrift:	Namnförtydligande:
--	----------------	--------------	--------------------

Ändring i avgörande genom vilket en anmärkning har avgjorts får inte sökas genom besvär (15 § lagen om patientens ställning och rättigheter)

Anmärkningen sänds till: Vasa centralsjukhus  
Administrativ överläkare, sjukvårdsförvaltning X7  
Sandviksgatan 2-4  
65130 VASA