

Potilaan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin
	Alaikäisen huoltaja tai potilaan edunvalvoja ja hänen osoitteensa	
Muistutuksen tekijä (jos muu kuin potilas itse)	Nimi	
	Osoite	Puhelin
	Muistutusasiaa hoitavan henkilön suhde potilaaseen: 1. <input type="checkbox"/> Puoliso 2. <input type="checkbox"/> Huoltaja 3. <input type="checkbox"/> Lapsi 4. <input type="checkbox"/> muu, mikä?	
Muistutuksen kohde	Osasto/ poliklinikka	
	Tapahtuma-aika	
Muistutuksen aihe	<input type="checkbox"/> Hoitoon pääsy <input type="checkbox"/> Hoito tai tutkimus <input type="checkbox"/> Käytös tai kohtelu <input type="checkbox"/> Lääkehoito <input type="checkbox"/> Todistukset ja lausunnot	<input type="checkbox"/> Tiedon saanti <input type="checkbox"/> Potilasasiakirjamerkinnät <input type="checkbox"/> Salassapitosäännökset <input type="checkbox"/> Muu, mikä?

Tapahtuneen kuvaus ja toimenpiteet, joihin haluatte sairaalan ryhtyvän. (Tarvittaessa erillisellä liitteellä.)

Valtuutus	Valtuutettu	Henkilötunnus
	Päiväys Valtuutetun allekirjoitus	Puhelin
	Valtuutan edellä mainitun henkilön tekemään muistutuksen puolestani. Potilaan allekirjoitus ja nimenselvennys	

Tiedon anto (Potilaan suostumuksella)	<p>Potilaalta tai omaiselta saatu palaute hoidon onnistumisesta tai mahdollisista puutteista tuo arvokasta tietoa sairaalalle palvelujen kehittämiseksi. Kehittämistyössä käytettävästä aineistosta on poistettu potilaan ja muistutuksen tekijän tunnistamista koskevat tiedot, eikä asianosaisen erillistä suostumusta tällaisen aineiston hyödyntämiseen siten tarvita.</p> <p>Tämän ohella suostun siihen, että muistutusasian aineisto annetaan hoidon laadun kehittämistyötä varten tiedoksi seuraaville tahoille:</p> <p><input type="checkbox"/> Laatu päällikölle <input type="checkbox"/> Asiakaspalvelupäällikölle</p>
	Potilaan allekirjoitus ja nimen selvennys

Muistutuksen tekijän allekirjoitus	Paikka ja aika:	Allekirjoitus:	Nimenselvennys:
---	-----------------	----------------	-----------------

<p>Muistutuksen johdosta annettuun päätökseen ei saa hakea muutosta valittamalla (laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 15 §)</p> <p>Muistutus lähetetään: Vaasan keskussairaala Johtajaylilääkärin kanslia Hietalahdenkatu 2-4/ sairaanhoidon hallinto X7 65130 VAASA</p>	
---	--