

Ankomstdatum

\_\_\_\_\_

**PERSON VARS VÅRD ELLER BEMÖTANDE ANMÄRKNINGEN GÄLLER**

Namn	Personbeteckning
Adress	Telefonnummer

**VILKET SJUKHUS ELLER VILKEN ENHET VID HNS GÄLLER ANMÄRKNINGEN?**

<input type="checkbox"/> Aurora	<input type="checkbox"/> Kirurgiska sjukhuset	<input type="checkbox"/> Tölö	<input type="checkbox"/> Borgå
<input type="checkbox"/> Barnets Borg	<input type="checkbox"/> Kliniken för cancersjukdomar	<input type="checkbox"/> Ögon-öronsjukhuset	<input type="checkbox"/> Hyvinge
<input type="checkbox"/> Barn kliniken	<input type="checkbox"/> Kvinnokliniken	<input type="checkbox"/> HNS-Bilddiagnostik	<input type="checkbox"/> Kellokoski
<input type="checkbox"/> Barnmorskeinstitutet	<input type="checkbox"/> Mejlans	<input type="checkbox"/> HUSLAB	<input type="checkbox"/> Lojo
<input type="checkbox"/> Hertonäs	<input type="checkbox"/> Pejas		<input type="checkbox"/> Paloniemi
<input type="checkbox"/> Hud- och allergisjukhuset	<input type="checkbox"/> Psykiatricentrum		<input type="checkbox"/> Raseborg
<input type="checkbox"/> Jorv	<input type="checkbox"/> någon annan enhet vid HNS, vilken:		

**ANMÄRKNINGEN GÄLLER**

<input type="checkbox"/> för få vårdplatser eller för lite personal (resurser)	<input type="checkbox"/> eventuella vård- och behandlingsrelaterade inflammationer, i.ex. operationssår
<input type="checkbox"/> tillgång till vården, vårdens längd/fördröjd vård, utskrivning, överföring till fortsatt vård (patientadministration)	<input type="checkbox"/> läkemedelsrelaterad anmärkning, t.ex. recept
<input type="checkbox"/> missnöje med vården eller misstanke om felbehandling (vård av patient)	<input type="checkbox"/> personalens beteende eller annat som har att göra med bemötandet
<input type="checkbox"/> missnöje med journalanteckningar eller tillgång till dem eller sekretessförseelse (dokumentation)	<input type="checkbox"/> patientolyckor, t.ex. ramlande, fallande
<input type="checkbox"/> missnöje med tillgång på information	<input type="checkbox"/> annat, vad:

**EN MER DETALJERAD BESKRIVNING AV ANMÄRKNINGEN** (Om det behövs, fortsatt på en separat bilaga)

--

**VILKA ÅTGÄRDER ÖNSKAR DEN SOM FRAMSTÄLLER ANMÄRKNINGEN ATT SJUKHUSET SKA VIDTA?**

--

**UNDERSKRIFT OCH KONTAKTUPPGIFTER FÖR DEN SOM FRAMSTÄLLER ANMÄRKNINGEN**

Datum	Underskrift och namnförtydligande
Adress	Telefonnummer

Den respons vi får till följd av anmärkningarna används i utvecklingen av kvaliteten. Anmärkningen begränsar inte patientens klagorätt hos andra tillsynsmyndigheter. Ändring i beslut genom vilket en anmärkning har avgjorts får inte sökas genom besvär (15 § i lagen om patientens ställning och rättigheter).