

Du som vårdnadshavare eller annan laglig företrädare har rätt att framställa anmärkning till den chef som ansvarar för hälsovården vid verksamhetsenheten, om du eller patienten själv är missnöjd med hälso- och sjukvård eller bemötandet.

Svar på anmärkning ska ges vanligen inom en månad. Avgörandet kan inte överklagas. En anmärkning begränsar inte patientens rätt att anföra klagomål hos de myndigheter som övervakar hälso- och sjukvården.

Behöver du råd eller hjälp med anmärkningen, kan du kontakta patientsombudsmannen.

Vi skickar svaret till beställaren eller till minderårig patienten själv till hans stadigvarande address, om beaktande av patientens ålder och utvecklingsnivå samt uppgifter om beslutsförmåga hen bedöms vara åtminstone delvis förmögen att utnyttja sin självbestämmanderätt.

Lomake tulee tulostaa, allekirjoittaa ja lähettää postitse osoitteeseen HUS Kirjaamo, PL 200, 00029 HUS.

Missnöje med vård eller bemötande

Vad gäller anmärkningen?*			
<input type="checkbox"/> Tillgång till vård (väntetid)	<input type="checkbox"/> Vård	<input type="checkbox"/> Bemötande	<input type="checkbox"/> Annat?
Detaljerat beskrivning av händelseförloppet*			
Förslag till avgörande			

Datum eller tidsperiod som anmärkningen gäller

Datum/Startdatum*	Slutdatum
Tilläggsuppgifter om tidpunkten, till exempel om anmärkningen gäller flera datum	

Gäller utredningen ett särskilt sjukhus eller enhet inom HUS?

<input type="checkbox"/> Haartmanska sjukhuset	<input type="checkbox"/> Hertonäs sjukhus	<input type="checkbox"/> Hyvinge sjukhus	<input type="checkbox"/> Hud- och allergisjukhuset
<input type="checkbox"/> Jorvs sjukhus	<input type="checkbox"/> Kirurgiska sjukhuset	<input type="checkbox"/> Lojo sjukhus	<input type="checkbox"/> Malms sjukhus
<input type="checkbox"/> Mejlans triangelsjukhus	<input type="checkbox"/> Mejlans brosjukhus	<input type="checkbox"/> Mejlans tornsjukhus	<input type="checkbox"/> Kvinnokliniken
<input type="checkbox"/> Pejas sjukhus	<input type="checkbox"/> Borgå sjukhus	<input type="checkbox"/> Psykiatricentrum och andra psykiatriska verksamhetsställen	
<input type="checkbox"/> Parksjukhuset	<input type="checkbox"/> Raseborgs sjukhus	<input type="checkbox"/> Ögon-öronsjukhuset	<input type="checkbox"/> Cancercentrum
<input type="checkbox"/> Nya barnsjukhuset	<input type="checkbox"/> Vegahuset och Synapsiahuset	<input type="checkbox"/> HUS Diagnostikcentrum (laboratorietjänster och bildiagnostiska tjänster)	
<input type="checkbox"/> Annan HUS enhet, vilken?			
Detaljerade uppgifter om vårdstället: till exempel avdelning 4, juren osv.			

Gäller begäran om utredning en viss specialitet?

<input type="checkbox"/> Akutmedicin och jour	<input type="checkbox"/> Anestesiologi och intensivvård	<input type="checkbox"/> Endokrinologi	<input type="checkbox"/> Foniatri
<input type="checkbox"/> Fysiatri och Ryggmärgsskadecentrum	<input type="checkbox"/> Geriatri	<input type="checkbox"/> Gastroenterologi och gastroenterologisk kirurgi	
<input type="checkbox"/> Hematologi	<input type="checkbox"/> Hudsjukdomar och allergisjukdomar	<input type="checkbox"/> Infektionssjukdomar	
<input type="checkbox"/> Kardiologi	<input type="checkbox"/> Lungsjukdomar	<input type="checkbox"/> Öron-, näs- och halssjukdomar	
<input type="checkbox"/> Handkirurgi	<input type="checkbox"/> Barnsjukdomar, barnneurologi och barnkirurgi		
<input type="checkbox"/> Barnpsykiatri	<input type="checkbox"/> Njursjukdomar (nefrologi)	<input type="checkbox"/> Kvinnosjukdomar och förlossningar	
<input type="checkbox"/> Neurologi och neurokirurgi	<input type="checkbox"/> Ungdomspsykiatri	<input type="checkbox"/> Ortopedi och traumatologi	
<input type="checkbox"/> Rättsmedicin och patologi	<input type="checkbox"/> Klinisk genetik	<input type="checkbox"/> Plastikkirurgi	
<input type="checkbox"/> Psykiatri och rättspsykiatri	<input type="checkbox"/> Reumatiska sjukdomar	<input type="checkbox"/> Ögonsjukdomar	
<input type="checkbox"/> Internmedicin	<input type="checkbox"/> Mun- och käkkirurgi	<input type="checkbox"/> Hjärt- och thoraxkirurgi	
<input type="checkbox"/> Cancersjukdomar	<input type="checkbox"/> Urologi	<input type="checkbox"/> Kärlkirurgi	
<input type="checkbox"/> Annan specialitet, vilken?			

Kontaktuppgifter till den som framställer anmärkningen

Personbeteckning*	Förnamn*	Efternamn*	
Adress*		Postnummer*	Postanstalt*
E-post		Telefon*	

Beställarens relation till patienten*

<input type="checkbox"/> Vårdnadshavare	<input type="checkbox"/> Annan laglig företrädare (bifoga gällande fullmakt eller intyg)
---	---

Minderårig patientens personuppgifter

Personbeteckning*	Förnamn*	Efternamn*	
Adress*		Postnummer*	Postanstalt*
E-postadress (till minderårig)		Telefon (till minderårig)	

Tilläggsinformation (t.ex. flera personbeteckningar eller önskat leveranssätt)

--

Datum*	Underskrift och namnförtydligande*
--------	------------------------------------