

Virallinen huoltaja tai muu laillinen edustaja voi tehdä potilaslain mukaisen muistutuksen palveluista vastaavalle johtajalle alaikäisen potilaan puolesta, jos potilas tai hänen edustajansa on tyytymätön saatuun hoitoon tai kohteluun.

Pyrimme antamaan vastauksen kuukauden kuluessa. Annetusta ratkaisusta ei voi valittaa. Muistutuksen tekeminen ei kuitenkaan rajoita oikeutta tehdä asiasta kantelua terveydenhuollon valvontaviranomaisille.

Toimitamme vastauksen joko tilaajalle tai alaikäiselle potilaalle itselleen tämän vakituisen osoitteeseen, jos ikään ja kehitystasoon sekä päätöskykyisyyttä koskeviin tietoihin perustuen hänet arvioidaan ainakin osittain kykeneväksi käyttämään itsemääräämisoikeuttaan.

Voit olla yhteydessä potilasasiamieheen, jos tarvitse neuvoa muistutuksen tekemisessä.

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

Tyytymättömyys hoitoon tai kohteluun

Muistutuksen aihe*
<input type="checkbox"/> Hoitoon pääsy <input type="checkbox"/> Hoito <input type="checkbox"/> Kohtelu <input type="checkbox"/> Muu mikä?
Vapaamuotoinen kuvaus tyytymättömyydestä hoitoon tai kohteluun.*
Ehdottamanne toimenpiteet asian korjaamiseksi

Päivämäärä tai aikaväli, jota muistutus koskee

Hoidon alkamisen (pp.kk.vvvv)*	Hoidon päättyminen, jos muistutuksen kohteena on pidempi hoitojakso
--------------------------------	---

Liittyykö muistutus jonkin tiettyyn sairaalaan tai yksikköön?

<input type="checkbox"/> Haartmanin sairaala	<input type="checkbox"/> Herttoniemen sairaala	<input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaala	<input type="checkbox"/> Iho- ja allergiasairaala
<input type="checkbox"/> Jorvin sairaala	<input type="checkbox"/> Kirurginen sairaala	<input type="checkbox"/> Lohjan sairaala	<input type="checkbox"/> Malmin sairaala
<input type="checkbox"/> Meilahden kolmiosairaala	<input type="checkbox"/> Meilahden siltasairaala	<input type="checkbox"/> Meilahden tornisairaala	<input type="checkbox"/> Naistenklinikka
<input type="checkbox"/> Peijaksen sairaala	<input type="checkbox"/> Porvoon sairaala	<input type="checkbox"/> Psykiatriakeskus ja muut psykiatrian toimipaikat	
<input type="checkbox"/> Puistosairaala	<input type="checkbox"/> Raaseporin sairaala	<input type="checkbox"/> Silmä-korvasairaala	<input type="checkbox"/> Syöpäkeskus
<input type="checkbox"/> Uusi lastensairaala	<input type="checkbox"/> Vega-talo ja Synapsia-talo	<input type="checkbox"/> Diagnostiikkakeskus (laboratorio- ja kuvantamispalvelut)	
<input type="checkbox"/> Muu HUSin yksikkö, mikä?			
Hoitopaikan tarkentavat tiedot: esim. osasto 4, päivystys jne.			

Mitä erikoisalaa muistutus koskee?

<input type="checkbox"/> Akuuttilääketiede ja päivystys	<input type="checkbox"/> Anestesiologia ja tehohoito	<input type="checkbox"/> Endokrinologia	<input type="checkbox"/> Foniatria
<input type="checkbox"/> Fysiatría ja selkäydinvammakeskus	<input type="checkbox"/> Geriatria	<input type="checkbox"/> Gastroenterologia ja vatsakirurgia	
<input type="checkbox"/> Hematologia	<input type="checkbox"/> Ihotaudit ja allergiasairaudet	<input type="checkbox"/> Infektiosairaudet	
<input type="checkbox"/> Kardiologia	<input type="checkbox"/> Keuhkosairaudet	<input type="checkbox"/> Korva-, nenä- ja kurkkutaudit	
<input type="checkbox"/> Käsikirurgia	<input type="checkbox"/> Lastentaudit, lastenneurologia ja lastenkirurgia		
<input type="checkbox"/> Lastenpsykiatria	<input type="checkbox"/> Munuaissairaudet (nefrologia)	<input type="checkbox"/> Naistentaudit ja synnytykset	
<input type="checkbox"/> Neurologia ja neurokirurgia	<input type="checkbox"/> Nuorisopsykiatria	<input type="checkbox"/> Ortopedia ja traumatologia	
<input type="checkbox"/> Oikeuslääketiede ja patologia	<input type="checkbox"/> Perinnöllisyyslääketiede	<input type="checkbox"/> Plastiikkakirurgia	
<input type="checkbox"/> Psykiatria ja oikeuspsykiatria	<input type="checkbox"/> Reumasairaudet	<input type="checkbox"/> Silmätaudit	
<input type="checkbox"/> Sisätaudit	<input type="checkbox"/> Suu- ja leukakirurgia	<input type="checkbox"/> Sydän- ja rintaelinkirurgia	
<input type="checkbox"/> Syöpätaudit	<input type="checkbox"/> Urologia	<input type="checkbox"/> Verisuonikirurgia	
<input type="checkbox"/> Muu mikä?			

Tilaajan yhteystiedot

Henkilötunnus*	Etunimet*		Sukunimi*
Osoite*	Postinumero*	Postitoimipaikka*	
Sähköpostiosoite	Puhelinnumero*		

Tilaajan suhde puolesta-asioitavaan*

<input type="checkbox"/> Huoltaja (virallinen)	<input type="checkbox"/> Muu laillinen edustaja (liitä asiaa koskeva valtakirja tai todiste)
--	---

Puolesta-asioitavan henkilötiedot

Henkilötunnus*	Etunimet*		Sukunimi*
Osoite*	Postinumero*	Postitoimipaikka*	
Sähköpostiosoite (alikäiselle)	Puhelinnumero (alikäiselle)		

Lisätietoja (Esimerkiksi useat henkilötunnukset tai muu toimitustapa)

--

Päivämäärä, tilaajan allekirjoitus ja nimenselvennys

Päivämäärä*	Allekirjoitus ja nimenselvennys*
-------------	----------------------------------