

## Anmälan om problem i vården

För att patientnämndens förvaltning på bästa sätt ska kunna utreda vad som hänt dig eller någon närstående önskas nedan information. Glöm inte att skriva under. Fullmakt behövs om någon annan än patienten anmäler. Fullmaktsblankett finns på [www.patientnamndenstockholm.se](http://www.patientnamndenstockholm.se) eller kan beställas på 08-690 67 00.

### Patientens uppgifter

Förnamn _____		Efternamn _____	
Adress _____		Personnummer _____	
_____		Telefon _____	
Postnummer och ort _____		Mobil _____	

### Vårdinrättning

_____
_____
Namnet på vårdinrättning / vårdinrättningar

### Underskrift

Ort och datum
Patient/vårdnadshavares namnteckning
Ombud/god mans/förvaltares namnteckning (fullmakt alternativt tingsrättens beslut ska bifogas)
Namnförtydligande

På baksidan skriver du vad som har hänt och när det hände.



**Patientnämndens förvaltning**  
Box 17535, 118 91 Stockholm  
Besök Hornsgatan 15

Telefon 08-690 67 00  
Fax 08-690 67 18

E-post [registrator@pan.sll.se](mailto:registrator@pan.sll.se)  
[www.patientnamndenstockholm.se](http://www.patientnamndenstockholm.se)

Skickas till

