

Synpunkter eller klagomål på vården

För att patientnämndens förvaltning på bästa sätt ska kunna handlägga ärendet ber vi dig fylla i denna blankett. En närstående kan också fylla i blanketten och du kan skriva på det språk du föredrar. Detta kan göras antingen för hand eller elektroniskt på www.patientnamndenstockholm.se. Av sekretesskäl ber vi dig skriva ut blanketten och posta den till oss. Glöm inte att skriva under. Fullmakt behövs om det är någon annan än patienten som är uppgiftslämnare. Då vi inte gör medicinska bedömningar behöver du inte bifoga journalhandlingar.

Patientens uppgifter

Förnamn	Efternamn
Personnummer	E-post
Adress	Postnummer och postadress
Telefon dagtid 1	Telefon dagtid 2

Berörd verksamhet

Ange namnet på den eller de vårdinrättningar som klagomålet eller synpunkterna gäller

Underskrift

Patientens eller vårdnadshavarens/vårdnadshavarnas namnteckning. Alternativt ombudets/god mans namnteckning (fullmakt ska bifogas) eller förvaltarens namnteckning (tingsrättens beslut ska bifogas).

Namnförtydligande

Datum

För att kunna fullgöra patientnämndens rättsliga förpliktelse att bedriva patientnämndsverksamhet behöver vi behandla (till exempel registrera och lagra) de personuppgifter du lämnar i blanketten. Patientnämnden är personuppgiftsansvarig. Om du önskar få information om de personuppgifter som förvaltningen registrerat kan du begära det från oss. Sekretess gäller såväl inom hälso- och sjukvården som inom patientnämndens förvaltning. Läs mer på vår webbplats eller kontakta oss för mer information.

Skicka din blankett till:
Patientnämndens förvaltning
Box 17535
118 91 Stockholm

