

Muistutus toimitetaan terveydenhuollon toimintayksikössä terveydenhuollosta vastaavalle johtajalle

Liitteet _____ kpl

1. Terveydenhuollosta vastaava johtaja yhteystietoineen	Terveyskeskus _____	
	Vastaava lääkäri _____	
	Osoite _____	
2. Potilaan henkilötiedot	Sukunimi, etunimi _____	Henkilötunnus _____
	Postiosoite _____	
	Postinumero ja -toimipaikka _____	Puhelin _____
	Potilaan edunvalvojan (huoltaja tai holhooja) nimi, osoite ja puhelin _____	
3. Muistutuksen kohde	Hoitopaikka/-paikat _____	
	Tapahtuma-aika _____	
	Ketä/mitä muistutus koskee (esim. nimi ja virka-asema) _____	
4. Tapahtuman kuvaus (tarvittaessa erillisellä liitteellä) <input type="checkbox"/> ks. liite/ paperin kääntöpuoli	Tapahtuman kuvaus _____	
5. Mahdollinen ratkaisuehdotus	Mahdollinen ratkaisuehdotus _____	
6. Suostumus	Suostun siihen, että terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittavat saavat antaa ne terveydentilaani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirja-salaisuudesta ja viranomaisen, lääkärin tai muun hoitohenkilökunnan salassapitovelvollisuudesta on säädetty <input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu	
7. Allekirjoitus	Päivämäärä _____	Muistutuksen tekijän allekirjoitus ja nimenselvennys _____
8. Valtuutus	Valtuutan _____ hoitamaan muistutusasiaani.	
	Valtuutetun osoite ja puhelinnumero _____	
	Päivämäärä _____	Potilaan tai edunvalvojan allekirjoitus ja nimenselvennys _____

Muistutuksen johdosta annettuun päätökseen ei saa hakea muutosta valittamalla.
(Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/92, 15§)