

Postitusosoite: Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kirjaamo, PL 52, 20521 Turku Liitteet \_\_\_\_\_ kpl

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