IHOSAIRAALA

ANMÄRKNING MOT VÅRDEN ELLER BEMÖTANDET

Ankomstdatum: __ /__ 20__

Den person anmärkningen om vården eller bemötandet gäller

Namn och personbeteckning:

Adress och telefonnummer:

Orsaken till anmärkningen (använd vid behov särskild bilaga):

Vad har hänt, var och när (använd vid behov särskild bilaga):

Vilka åtgärder anser den som framställer anmärkningen att enheten i fråga borde vidta:

Datum, underskrift och kontaktuppgifter av den som framställer anmärkningen:

Datum och Underskrift och namnförtydligande

Adress och telefonnummer

Anmärkningen sänds till

Suomen Ihosairaala Oy, Överlekare, Salomonkatu 1, 00100 HELSINKI.