Saapumispäivämäärä: __ /__ 20__

Henkilö jonka hoitoa tai kohtelua muistutus koskee

Nimi ja henkilötunnus:

Osoite ja puhelinnumero:

Muistutuksen aihe (tarvittaessa erillisellä liitteellä):

Mitä tapahtunut, missä ja milloin (tarvittaessa erillisellä liitteellä):

Mihin toimenpiteisiin muistutuksen tekijän mielestä kyseessä olevassa yksikössä tulisi ryhtyä:

Muistutuksen tekijän tiedot

Allekirjoitus ja nimenselvennys:

Osoite ja puhelinnumero:

Muistutus lähetetään osoitteeseen:

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