

Klagomål till patientnämnden gällande vården

För att patientnämnden på bästa sätt ska kunna handlägga ditt klagomål ber vi dig fylla i denna blankett.

En närstående kan också fylla i blanketten och du kan skriva på det språk du föredrar. Av sekretesskäl ber vi dig skriva ut blanketten och posta den till oss. Fullmakt behövs om det är någon annan än patienten som skriver till oss.

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 registrerats kan du begära det från oss.

Sekretess gäller såväl inom hälso- och sjukvården som inom patientnämndens kansli. För att få veta närmare hur Region Gotland behandlar personuppgifter se www.gotland.se/personuppgifter

Patientens uppgifter

| | | | |
|--------------------|--------------|--------------|--|
| Namn | | Personnummer | |
| Adress | | Telefon | |
| Postnummer och ort | | E-post | |
| Datum | Namnteckning | | |

Annan uppgiftslämnare

| | | | |
|--------------------|--------------|--------------|--|
| Namn | | Personnummer | |
| Adress | | Telefon | |
| Postnummer och ort | | E-post | |
| Datum | Namnteckning | | |

Skicka blanketten till:

Patientnämnden
Region Gotland
621 81 Visby

Berörd verksamhet

| |
|------------------------|
| Vårdinrättning |
| Datum eller tidsperiod |

Samtycke till att klagomålet skickas till vården

| | |
|-----------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej |
|-----------------------------|------------------------------|

Vad har hänt? Varför tar du kontakt med patientnämnden?

| |
|--|
| |
|--|

Bakgrund, en sammanfattning av den historik som du anser är relevant för ditt klagomål

| |
|--|
| |
|--|

Vilka frågor vill du ha svar på?



Har du förslag på förbättringar i vården, med anledning av ditt klagomål?

