



## Anmärkning som hänför sig till patientens vård och bemötande

### Patientens personuppgifte

Namn			
Personsignum		Telefon	
Adress			
Vårdnadshavare för minderårig person eller patientens intressebevakare samt personens adress			

### Person som gör anmärkning (om det här är någon annan än patienten)

Namn		Telefon	
Adress			
Vilket förhållande har person som gör anmärkningen till patienten			

### Den enhet som anmärkningen gäller

Avdelning		Händelsetid	
-----------	--	-------------	--

### Orsak till anmärkningen

Vårdtillgång <input type="checkbox"/>	Läkemedelsbehandling <input type="checkbox"/>	Anteckningar i patientjournalen <input type="checkbox"/>
Vård eller undersökning <input type="checkbox"/>	Intyg och utlåtanden <input type="checkbox"/>	Sekretessbestämmelser <input type="checkbox"/>
Beteende eller bemötande <input type="checkbox"/>	Tillgång till information <input type="checkbox"/>	Övrigt, vad? _____

### Beskrivning av det som skett och åtgärder som ni önskar att sjukhuset vidtar (anv. v. behov bilaga)





## Bemyndigande

Namnet på den person som bemyndigas			
Telefon		Personsignum	
Datum och Underteckning av den som bemyndigats			

Jag bemyndigar ovan nämnda person att göra en anmärkning i stället för mig.

---

Patientens underskrift och namnförtydligande

Underteckning av den som gjort anmärkningen

---

Ort och datum:

---

Underskrift:

---

Namnförtydligande:

### Anmärkningen sänds till:

Bottenhavets Hälsa  
Chefläkare  
Lappfjärdsvägen 10  
64100 Kristinestad