

**ANMÄRKNING OM PATIENTENS
VÅRD OCH/ELLER BEMÖTANDE**
(PatL 785/1992 10 §)

Person vars vård eller bemötande anmärkningen gäller	Efternamn och fullständiga förnamn	Personbeteckning
	Adress	Telefonnummer
	Postnummer	Ort
Vårdtid och vårdplats		
Orsak till an- märkningen (vid behov i separat bilaga)	<input type="checkbox"/> felbehandling eller felaktigt förfarande <input type="checkbox"/> journalanteckningar <input type="checkbox"/> intyg och utlåtanden <input type="checkbox"/> tillgång till information	<input type="checkbox"/> förskrivning av läkemedel <input type="checkbox"/> olämpligt beteende <input type="checkbox"/> efterlevnad av sekretessbestämmelser <input type="checkbox"/> annan
Har vårdplatsen tidigare blivit kontaktad angå- ende händelsen eller har re- spons getts om händelsen	<input type="checkbox"/> nej <input type="checkbox"/> ja, till vem: <input type="checkbox"/> avdelningsskötare <input type="checkbox"/> behandlande läkare	<input type="checkbox"/> överläkare <input type="checkbox"/> patientombud <input type="checkbox"/> någon annan, vem:
Vad hände, var och när?		
Vilka åtgärder vill den som framställer anmärkningen att hälso- och sjukvårdsenhetens ledning ska vidta?		
PatL 10 §, 15 §	En anmärkning begränsar inte patientens rätt att anföra klagomål över vården eller bemötandet i samband med den hos de myndigheter som övervakar hälso- och sjukvården. Om det vid behandlingen av anmärkningen framgår att vården eller bemötandet kan leda till patientskadeansvar enligt patient-skadelagen (585/1986), skadeståndsansvar enligt skadeståndslagen (412/1974), åtal, återkallande eller begränsning av rätten att utöva yrke eller disciplinärt förfarande enligt den lagstiftning om yrkesutövning som gäller för hälso- och sjukvården eller disciplinärt förfarande enligt någon annan lag, ska patienten informeras om hur ärendet kan väckas hos en behörig myndighet eller ett behörigt organ. Anmärkningen ska avgöras inom skälig tid från att den framställdes och korrespondensen bifogas inte i era patientuppgifter. Ändring i ett beslut som meddelas med anledning av en anmärkning får inte sökas genom besvär. <input type="checkbox"/> Jag samtycker till att en kopia av svaret på anmärkningen får skickas till patientombuden.	
Datum, under- skrift och namn- förtydligande	Ort och datum / 20	Underskrift Namnförtydligande
Försändelseadress:	Enheten för hälso- och sjukvård för fångar c/o Institutet för hälsa och välfärd Mannerheimvägen 166, PB 30, 00271 Helsingfors	Anmärkningen besvaras av: Direktören för enheten för hälso- och sjuk- vård för fångar Enheten för hälso- och sjukvård för fångar c/o Institutet för hälsa och välfärd Mannerheimvägen 166, PB 30, 00271 Helsingfors