

Om du inte är nöjd med vården

För att patientnämnden på bästa sätt ska kunna utreda vad som hänt dig eller någon närstående önskas nedan information. Du kan fylla i blanketten för hand eller elektroniskt. Av sekretesskäl vill vi att du skriver ut blanketten och postar den till oss. Glöm inte att skriva under!

Patientens uppgifter

Förnamn	Efternamn
Personnummer	
Adress	Telefon
Postnummer och ort	Mobil

Vårdinrättning

Namnet på vårdinrättning/vårdinrättningar

Underskrift

Ort och datum
Patient/vårdnadshavarens namnteckning
Ombud/god mans/förvaltares namnteckning
Namnförtydligande

På baksidan skriver du vad som har hänt och när det hände.

Insändes till: Patientnämnden i Jämtlands län, Box 654, 831 27 Östersund

Anledning till kontakt

Vad har hänt? Beskriv kortfattat den/de händelse/händelser du har synpunkter på.

Har du några förslag till förbättringar i vården med anledning av de synpunkter du har?

Insändes till: Patientnämnden i Jämtlands län, Box 654, 831 27 Östersund