

HYVÄ POTILAS/LÄHEINEN,

Oliessasi tyytymätön saamaasi hoitoon tai kohteluun, voit tehdä asiasta meille muistutuksen. Muistutuksen voi tehdä tällä lomakkeella tai vapaamuotoisena kirjeenä, josta ilmenee, että kyseessä on muistutus. Erityisestä syystä muistutus voidaan tehdä myös suullisesti, jolloin palautteen saava henkilö kirjaa sen ylös tälle lomakkeelle.

Toimita täytetty muistutus asioimasi yksikön potilasasiamiehelle. Potilasasiamiesten yhteystiedot löydät kunkin toimipisteen vastuuhenkilöistä osoitteessa mehilainen.fi/toimipisteet

Vastaus muistutukseen lähetetään muistutuksen tekijälle kirjallisena. Muistutuksen johdosta annettuun vastaukseen ei voi hakea muutosta valittamalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 15§). Muistutusta ja siihen liittyviä asiakirjoja (henkilökunnalta pyydyt vastineet ja muistutuksen tekijälle annettu vastaus) ei liitetä potilasasiakirjoihin. Muistutuslomakkeella ei voi esittää korvausvaateita, vaan pyydämme olemaan yhteydessä laskulla näkyvään sähköpostiosoitteeseen tai puhelinnumeroon. Tarvittaessa potilasasiamies neuvoo ja avustaa muistutukseen liittyvissä asioissa.

Henkilö, jonka hoitoa tai kohtelua muistutus koskee	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	
		Puhelinnumero
Muistutuksen aihe (tarvittaessa erillisellä liitteellä)	<input type="checkbox"/> Hoito- tai menettelytapavirhe	
	<input type="checkbox"/> Potilasasiakirjojen merkintä	
	<input type="checkbox"/> Todistus tai lausunto	
	<input type="checkbox"/> Tiedonsaanti	
	<input type="checkbox"/> Lääkkeiden määrääminen	
	<input type="checkbox"/> Epäasiallinen käytös / kohtelu	
	<input type="checkbox"/> Salassapitosäännösten noudattaminen	
	<input type="checkbox"/> Hoitoon pääsy	
<input type="checkbox"/> Muu, mikä		
Muistutuksen kohde	Toimintayksikkö (esim. osasto, poliklinkka)	
	Tapahtuma-aika	
	Ketä (esim. nimi ja asema) tai mitä muistutus koskee	
Tapahtuman kuvaus (tarvittaessa erillisellä liitteellä)		
<input type="checkbox"/> liite		
Mihin toimenpiteisiin muistutuksen tekijä haluaa Mehiläisen ryhtyvän		

Päiväys ja muistutuksen tekijän yhteystiedot ja allekirjoitus	Nimi	Päivämäärä
	Osoite	
		Puhelinnumero
	Allekirjoitus	
Muistutusta koskevan henkilön suostumus ja päiväys	Suostun siihen, että terveydenhuollon viranomainen tai muu terveyspalvelun järjestäjä sekä sosiaalihuollon viranomaiset saavat antaa ne asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalisuudesta ja vaitolovelvollisuudets on säädetty. Samalla suostun siihen, että muistutusasiakirjat ja vastaus voidaan antaa tiedoksi potilasasiamielle.	
	Päiväys	Asiakkaan allekirjoitus

Muistutuksen tekeminen ei rajoita oikeuttasi kannella terveydenhuoltoa valvoville viranomaisille. Saatuaasi vastauksen muistutukseen, on sinulla edelleen oikeus tehdä kantelu valvovalle viranomaiselle (aluehallintovirastot tai Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valvira).