



KRISTINESTAD
KRISTIINANKAUPUNKI

Kristiinankaupungin perusturvakeskus
Vård- och omsorgscentralen i Kristinestad

Potilaan hoitoon ja kohteluun
liittyvä muistutus

Potilaan henkilötiedot	Nimi	Henkilötunnus
	Osoite	Puhelin
	Alaikäisen huoltajan tai potilaan edunvalvoja ja hänen osoitteensa	
Muistutuksen tekijä (jos muu kuin potilas itse)	Nimi	
	Osoite	Puhelin
	Muistutusasiaa hoitavan henkilön suhde potilaaseen: 1. <input type="checkbox"/> Puoliso 2. <input type="checkbox"/> Huoltaja 3. <input type="checkbox"/> Lapsi 4. <input type="checkbox"/> muu, mikä?	
Muistutuksen kohde	Osasto	
	Taphtuma-aika	
Muistutuksen aihe	<input type="checkbox"/> Hoitoon pääsy <input type="checkbox"/> Tiedon saanti <input type="checkbox"/> Hoito tai tutkimus <input type="checkbox"/> Potilasasiakirjamerkinnot <input type="checkbox"/> Käytös tai kohtelu <input type="checkbox"/> Salassapitosäännökset <input type="checkbox"/> Lääkehoito <input type="checkbox"/> Muu, mikä? <input type="checkbox"/> Todistukset ja lausunnot	

Taphtuneen kuvaus ja toimenpiteet, joihin haluatte sairaalan ryhtyvän. (Tarvittaessa erillisellä liitteellä.)
