

## 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/förvaltarens 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