

Anmälan om problem i 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. Fullmakt behövs om någon annan än patienten anmäler. Fullmaktsblankett finns på www.patientnamndenstockholm.se eller kan beställas på 08-690 67 00.

Patientens uppgifter

Förnamn _____		Efternamn _____	
Adress _____		Personnummer _____	
_____		Telefon _____	
Postnummer och ort _____		Mobil _____	

Vårdinrättning

Namnet på vårdinrättning / vårdinrättningar

Underskrift

Ort och datum
Patient/vårdnadshavares namnteckning
Ombud/god mans/förvaltares namnteckning (fullmakt alternativt tingsrättens beslut ska bifogas)
Namnförtydligande

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



Patientnämnden
Box 17535, 118 91 Stockholm
Hornsgatan 15

Telefon 08-690 67 00
Fax 08-690 67 18

E-post registrator@pan.sll.se
www.patientnamndenstockholm.se

Skickas till

