



Anmärkning på vård eller bemötande av patient

Ankom ____/____ 20____

Patientens person-uppgifter	Namn	Personbeteckning	
	Adress och postanstalt	Telefonnummer	
Berörd klinik/enhet	<input type="checkbox"/> Akutkliniken <input type="checkbox"/> Primärvårdskliniken <input type="checkbox"/> Barn- o ungdomskliniken <input type="checkbox"/> Psykiatrikliniken <input type="checkbox"/> BB- o gynekologikliniken <input type="checkbox"/> Röntgenkliniken <input type="checkbox"/> Kirurgikliniken <input type="checkbox"/> Tandvårdskliniken <input type="checkbox"/> Laboratorieenheten <input type="checkbox"/> Ögonkliniken <input type="checkbox"/> Medicinkliniken <input type="checkbox"/> Öron-, näs- o halskliniken <input type="checkbox"/> Operation- anestesi- o intensivvårdskliniken <input type="checkbox"/> Annan verksamhet _____		
Anmärkningen gäller	<input type="checkbox"/> vårdtillgång eller resursbrist <input type="checkbox"/> missnöje med journalanteckningar <input type="checkbox"/> vård, undersökning eller behandling <input type="checkbox"/> missnöje med tillgång till information <input type="checkbox"/> misstanke om felbehandling <input type="checkbox"/> personalens beteende eller annat som berör bemötande <input type="checkbox"/> läkemedelsbehandling, recept <input type="checkbox"/> sekretessförseelse <input type="checkbox"/> patientolyckor, t.ex. ramlat, fallit <input type="checkbox"/> annat, vad _____		
Detaljerad beskrivning av anmärkningen			
Förslag till åtgärder			
Underskrift	Datum	Underskrift och namnförtydligande	Kontaktuppgifter (om andra än ovan)



Allmänt

Enligt lagen om patientens ställning och rättigheter har patienten rätt att göra en anmärkning gällande sin vård eller personalens bemötande till ansvariga vid Ålands hälso- och sjukvård. Anmärkningen ska behandlas inom skälig tid.

Ändring i beslut, genom vilket en anmärkning har avgjorts, får inte sökas genom besvär (15 § i lagen om patientens ställning och rättigheter).

Anmärkningen begränsar inte patientens klagorätt hos andra tillsynsmyndigheter.

Instruktioner för ifyllande av blanketten

Personuppgifter

Personens namn, vars vård eller brister i bemötande av, anmärkningen gäller. Om patienten har en vårdnadshavare eller intressebevakare skrivs dennes namn och kontaktuppgifter i blanketten under "underskrift – kontaktuppgifter".

Berörd klinik/enhet

Fyll i för vilken klinik/enhet anmärkningen gäller. Anmärkningen kan gälla flera kliniker/enheter.

Anmärkningen gäller

Fyll i för vilket område anmärkningen gäller, kan beröra flera områden.

Beskrivning av anmärkningen

Beskriv händelsen som förorsakat olägenheten så detaljerat som möjligt. Notera tidpunkt, vem/vilka som berörs, eventuella frågeställningar och motiveringar till det skedda. Bifoga separat bilaga eller använd blankettens baksida om det behövs.

Förslag till eventuella åtgärder

Ge gärna förslag till åtgärder eller lösningar.

Underskrift

Anmärkningen undertecknas av patienten själv eller patientens vårdnadshavare eller intressebevakare. Om ärendet sköts av intressebevakare eller någon annan av patienten utsedd person, ska en fullmakt bifogas.

Anmärkningen skickas till

Ålands hälso- och sjukvård, Chefläkare, PB 1055, AX 22111 Mariehamn

Patientombudsmannen

Patientombudsmannen ger information om patientens rättigheter och hjälper vid behov med att göra anmärkningen.

Kontaktuppgifter

Tel: 018 25000

E-post: patientombud@ombudsman.ax

Besöksadress: Elverksgatan 10, kvarteret iTiden, Mariehamn