

Anmärkning

Du kan framställa en anmärkning om du är missnöjd med den service, den vård eller det bemötande du fått inom socialvården eller hälso- och sjukvården. Både inom socialvården och hälso- och sjukvården ska ett skriftligt svar på anmärkningen ges inom skälig tid från det att anmärkningen framställdes.

Fält markerade med asterisk (*) är obligatoriska.

1. Anmärkningen framställs av

Samtliga förnamn*	
Efternamn*	Personbeteckning*
Telefonnummer	E-postadress
Gatuadress	
Postnummer	Postanstalt

2. Välj typ av begäran*

Anmärkningen gäller mitt eget ärende
Jag framställer anmärkningen för en annan persons räkning (bifoga fullmaktshandling)

3. Om du framställer anmärkningen för någon annans räkning, ange personens uppgifter här

Fullständigt namn	Personbeteckning
-------------------	------------------

4. Precisering av anmärkning

Anmärkning inom socialvården. Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (2000/812 § 23)
Anmärkning inom hälso- och sjukvården. Lagen om patientens ställning och rättigheter (1992/785 § 10)

5. Ämne för anmärkning inom socialvården

Tillgång till service	Att få kontakt	Beslut
Handläggningstid	Tillgång till information	Osakligt bemötande/beteende
Självbestämmanderätt	Sekretessbestämmelse	Annat, vad?

6. Ämne för anmärkning inom hälso- och sjukvården

Tillgång till vård	Osakligt bemötande	Hantering av journalhandlingar
Genomförande av vård	Annat, vad?	

7. Föremål för anmärkningen

Verksamhetsställe*	Tidpunkt för händelsen*			
Välj den kommun inom vars område du uträttar ärenden*				
Esbo	Ingå	Grankulla	Lojo	Sjundeå
Hangö	Högfors	Kyrkslätt	Raseborg	Vichtis
Vem/vad gäller anmärkningen (t.ex. namn och tjänsteställning)*				
Beskrivning av händelsen (vid behov i en separat bilaga)*				
Ämne för anmärkningen (Vad gäller anmärkningen? Vid behov i en separat bilaga)*				
Du kan eventuellt komma med förslag på hur ärendet ska åtgärdas				

8. Övrigt

Jag samtycker till att hälso- och sjukvårdsmyndigheterna, socialvårdsmyndigheterna eller andra anordnare av hälso- och sjukvårdstjänsten får ge ut uppgifter som gäller min kundrelation och som är nödvändiga för att utreda denna anmärkning utan hinder av bestämmelser om handlingssekretess och tystnadsplikt.*

Samtidigt samtycker jag till att anmärkningshandlingarna och svaret kan delges social- och patientombudsmannen.*

9. Bilagor (lämna tomt om det inte finns några bilagor)

Anmärkningen innehåller följande bilagor eller ytterligare upplysningar

10. Jag vill få svaret på min anmärkning på följande sätt*

Per post

Som skyddad e-post till den e-postadress jag angivit

Anvisningar

Du kan skicka anmärkningen till Västra Nylands välfärdsområdes registratur antingen per post eller krypterad e-post.

Skicka blanketten per post:

Registraturens adress:

Registraturen PB 33, 02033 Västra Nylands välfärdsområde

Skicka blanketten per krypterad e-post:

Anvisningar för att skicka krypterad e-post finns på följande webbsida:

<https://www.luvn.fi/sv/kund-hos-oss/krypterad-e-post-till-valfardsomradet>