

**Potilaan asemasta ja oikeuksista
annetun lain (785/1992) mukainen
MUISTUTUS**

1 (2)

Kunta/kaupunki

Vastaanotettu, pvm (viranomaisen täyttää)

Potilaan henkilötiedot		
Sukunimi	Etunimet (puhuttelunimi alleviivataan)	Henkilötunnus
Postiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Puhelinnumero		
Muistutuksen tekijä, jos muu kuin potilas		
Suhde potilaaseen: <input type="checkbox"/> huoltaja <input type="checkbox"/> edunvalvoja <input type="checkbox"/> muu, mikä		Valtakirja liitteenä <input type="checkbox"/> on <input type="checkbox"/> ei
Sukunimi	Etunimet (puhuttelunimi alleviivataan)	Puhelinnumero
Postiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
Muistutuksen kohde		
Toimintayksikkö		Tapahtuma-aika
Ketä/mitä muistutus koskee (esim. nimi ja virka-asema)		
Muistutus koskee (rastita oikea vaihtoehto)		
<input type="checkbox"/> Hoitoa tai tutkimusta	<input type="checkbox"/> Todistuksia ja lausuntoja	<input type="checkbox"/> Itsemääräämisoikeutta
<input type="checkbox"/> Epäasiallista kohtelua/käytöstä	<input type="checkbox"/> Hoitoon pääsyä	<input type="checkbox"/> Tiedonsaantia
<input type="checkbox"/> Lääkkeiden määräämistä	<input type="checkbox"/> Potilasasiakirjamerkintöjä	<input type="checkbox"/> Salassapitosäännöksiä
<input type="checkbox"/> Muuta, mitä:		
Tapahtuman kuvaus (tarvittaessa eri liitteellä) <input type="checkbox"/> kts. liite		

