

Anmälan om problem i vården

För att patientnämnden på bästa sätt ska kunna handlägga 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.1177.se/Blekinge Vårdguiden eller kan den beställas på 0455-73 10 90.

Patientens uppgifter

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

Vårdinrättning

Namnet på vårdinrättning / vårdinrättningar

Jag samtycker till att patientnämnden registrerar mitt ärende *med lämnade personuppgifter* enligt bestämmelser i *Dataskyddsförordningen (EU) 2016/679* samt till att kontakter tas med vården för vidare handläggning enligt bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (OSL 12 kap 2§).

Ja Nej Läs mer på: <https://regionblekinge.se/om-region-blekinge/hantering-av-personuppgifter.html>

Underskrift

Ort och datum	

Patient/vårdnadshavarens namnteckning	

Ombud/god mans/förvaltarens namnteckning (fullmakt alternativt tingsrättens beslut ska bifogas)	

Namnförtydligande	Telefon

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

Patientnämndens förvaltning
Handläggare:
Region Blekinge
371 81 Karlskrona

Telefon 0455-73 10 90

E-post: patientnamnden@regionblekinge.se

Skickas till

2019-06-26

Vad har hänt och när hände det? (Om textutrymmet ej räcker, går det bra att bifoga en extra sida.)

Vilka frågeställningar vill du ha svar på?

Har du förslag på åtgärd utifrån ovan beskrivning?