

PATIENTNÄMNDEN BLEKINGE**Synpunkter på vården****Synpunkter eller klagomål till Patientnämnden Blekinge**

Denna blankett kan användas för att lämna synpunkter eller klagomål på hälso- och sjukvården och tandvården i Region Blekinge eller länets kommuner.

Ifylld blankett skickas till **Patientnämnden Blekinge, Region Blekinge, 37181 Karlskrona.**

1. Patient

Namn	Personnummer	Telefonnummer
Adress	Postnummer	Ort

.....
(Namnunderskrift, ort, datum)

2. Annan uppgiftslämnare (om annan än patient)

Namn	Relation till patienten	Telefonnummer
Adress	Postnummer	Ort

Jag som patient ger härmed fullmakt till ovanstående att företräda mig i mitt ärende hos Patientnämnden Blekinge

.....
(Namnunderskrift, ort, datum)

3. Berörda verksamheter

Vårdinrättning/ klinik/ vårdcentral/ boende	Datum eller tidsperiod för händelsen
---	--------------------------------------

4. Samtycke till att synpunkter och klagomål skickas till vården

Jag samtycker till att patientnämnden registrerar mitt ärende med lämnade personuppgifter samt till att kontakter tas med vården för vidare handläggning. Detta enligt Dataskyddsförordningen (EU) 2016/679 samt i enlighet med bestämmelserna i offentlighets- och sekretesslagen (OSL 12 kap 2§). Läs mer på www.regionblekinge.se

Ja**Nej**

5. Vad har hänt? Vad vill du lämna synpunkter på?

Beskriv dina klagomål, synpunkter och upplevelser av vården

6. Vad vill du ha svar på?

Skriv gärna tydliga och konkreta frågor

7. Hur tror du att händelsen hade kunnat undvikas?

Dela gärna med dig av dina förbättringsförslag till vården