

Patient

Namn	Personnummer (ej obligatoriskt)
Adress	
Telefonnummer	Mailadress (ej obligatoriskt)

Anmälare (om annan än patienten)

Namn	Relation till patienten
Adress	
Telefonnummer	Mailadress (ej obligatoriskt)

Underskrift och datum

--

Mina synpunkter gäller:

Vårdinrättning eller motsvarande:

Beskriv vad som hänt, när det hände och eventuella frågor du vill ha svar på

--

Fortsätt på nästa sida

Vi hanterar dina personuppgifter enligt aktuell dataskyddsförordning. Beroende på hur ärendet ska hanteras kan vi behöva dina fullständiga personuppgifter. Dessa registreras i vårt ärendehanteringssystem och arkiveras digitalt av regionarkivet.

Jag godkänner att de personuppgifter som behövs i ärendet, registreras.

Jag vill vara anonym

Skicka dina synpunkter till:
Patientnämndens kansli
291 89 Kristianstad

Vill du veta mer?
0770-11 00 10
www.skane.se/patientnamnden

När vi mottagit dina synpunkter blir du kontaktad av en handläggare inom tre-fyra arbetsdagar.