

## Synpunkter och klagomål till Patientnämnden

### Patientuppgifter

Namn		Personnummer
Adress	Postadress	
Telefon inkl. riktnummer	Mobil	
Datum och namnunderskrift		

### Anmälare om annan än patienten

Namn		Personnummer
Adress	Postadress	
Telefon inkl. riktnummer	Mobil	
Datum och namnunderskrift		

### Mina synpunkter riktar sig till denna vårdenhet

--

### Beskriv kortfattad vad som har hänt

--

Personuppgifter som lämnas i samband med anmälan behandlas i enlighet med Dataskyddsförordningen (GDPR).

**De här frågorna vill jag ha svar på**

1
2
3
4

**Mina förslag till förändring**

--

**Underskrift**

Jag, som är den person som klagomålet gäller, samtycker till att patientnämnden behandlar de uppgifter som lämnats på denna blankett och eventuella bilagor. Samt kommunicerar med anmälaren gällande anmälan och eventuella svar.

Datum	Namnförtydligande
Underskrift	

**Skicka blanketten till**

Region Västmanland  
Patientnämnden Regionhuset  
721 89 Västerås