

**MUISTUTUS**

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 10 §)
Laki asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000, 23§)

ARVOISA ASIAKAS, POTILAS

Mikäli olet tyytymätön saamaasi hoitoon tai palveluun, voit tehdä asiasta terveydenhuollon hallintoylilääkärille tai sosiaalihuollon johtavalle viranhaltijalle muistutuksen. Muistutuksen voit tehdä tällä lomakkeelle tai vapaamuotoisena kirjeenä, jolloin siitä tulee ilmetä samat asiat kuin lomakkeessa ja, että kyseessä on muistutus. Jos asiakas/potilas ei esimerkiksi sairauden vuoksi kykene itse tekemään muistutusta, muistutuksen voi tehdä hänen läheisensä. Vastaus muistutukseen annetaan kirjallisena. Tarvittaessa sosiaali/potilasasiamies neuvoo ja avustaa muistutuksen tekemisessä.

Muistutus lähetetään osoitteeseen: **Rovaniemen kaupunki, Kirjaamo/ Perusturvapalvelut, PL 8216, 96101 Rovaniemi.**

Tähdellä (*) merkityt ovat pakollisia tietoja

ASIAKKAAN /POTILAAN HENKILÖTIEDOT	*Sukunimi, etunimet (puhuttelunimi alleviivataan)	*Henkilötunnus
	*Postiosoite	
	*Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelin
	Alaikäisen huoltaja tai potilaan edunvalvoja ja hänen osoitteensa	
MUISTUTUKSEN TEKIJÄ (jos muu kuin asiakas, potilas itse)	*Nimi	
	*Postiosoite	
	*Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelin
	Valtakirja liitteenä Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	

MUISTUTUKSEN KOHDE	*Tapahtumayksikkö (esim. palvelupiste, vastaanotto jne)	
	*Tapahtuma-aika	
	Ketä muistutus koskee (esim. nimi ja virka-asema)?	

MUISTUTUKSEN AIHE (rastita sopivin vaihtoehto)	<input type="checkbox"/> Asiakirjamerkintä	<input type="checkbox"/> Palvelun saatavuus	<input type="checkbox"/> Hoitoon pääsy
	<input type="checkbox"/> Asiakasmaksu	<input type="checkbox"/> Käytös tai muu kohteluun/menettelyyn liittyvä asia	<input type="checkbox"/> Todistus ja lausunto
	<input type="checkbox"/> Käsittelyaika	<input type="checkbox"/> Tiedonsaanti	<input type="checkbox"/> Salassapito ja tietosuojat
	<input type="checkbox"/> muuta, mitä?		

ASIAN AIKAISEMPI KÄSITTELY Onko asiaa käsitelty muualla? Missä/kenen kanssa?



TAPAHTUMAN KUVAUS (tarvittaessa erillisellä liitteellä)

Ehdotukset /vaatimukset asiantilan korjaamiseksi

ALLEKIRJOITUS	Päiväys ____ / ____ _____ Paikka _____ <hr/> Asiakkaan, Potilaan tai muistutuksen tekijän allekirjoitus
ASIAKKAAN ,POTILAAN SUOSTUMUS	<input type="checkbox"/> Suostun siihen, että sosiaali- ja terveydenhuollon viranomainen tai muu sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottajat saavat antaa ne asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaitiolovelvollisuudesta on säädetty. <input type="checkbox"/> Suostun siihen, että muistutusasiakirjat voidaan antaa tarvittaessa tiedoksi sosiaali/potilasasiamiehelle

Muistutuksen johdosta annettuun vastaukseen ei saa hakea muutosta valittamalla (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 2000/812 23§ , Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992,15 §). Saatuasi vastauksen muistutukseen, on sinulla edelleen oikeus tehdä kantelu valvoville viranomaisille, joita ovat aluehallintovirastot (AVI), Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), eduskunnan oikeusasiamies ja oikeuskansleri.