



LIITE 1.

MUISTUTUS

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992, 10 §)

ARVOISA POTILAS

Mikäli olette tyytymätön saamaanne hoitoon tai kohteluun voitte tehdä asiasta muistutuksen yksikön terveydenhoidosta vastaavalle johtajalle. Muistutuksen voi tehdä tällä lomakkeella tai vapaamuotoisena, jolloin siitä tulee ilmetä samat asiat kuin lomakkeessa. Muistutukset osoitetaan siihen sairaanhoitopiirin sairaalaan, missä muistutusta koskeva tapahtuma sattui. Postitusosoitteet:

Oulun yliopistollinen sairaala	Oulaskankaan sairaala	Visalan sairaala	Kehitysvammahuollon tulosityksikkö (ent. Tahkokankaan palvelukeskus)
PPSHP/ Arkisto	Johtava lääkäri	Johtava lääkäri	Yliääkäri
PL 10	PL 100	Keskisentie 28	PL 35
90029 OYS	86301 OULAINEN	84100 YLIVIESKA	90029 OYS

Vastaus toimitetaan teille kirjallisena. Muistutuksen johdosta tehtyyn vastineeseen ei voi hakea muutosta valittamalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 15§). Muistutusta ja siihen liittyviä asiakirjoja (pyydetty vastineet, selvitykset ja annettu ratkaisu) ei liitetä potilasasiakirjoihin. Huomioitthän, että muistutuslomakkeella ei voi esittää korvausvaateita; näitä varten on korvaushakemuslomake. Tarvittaessa potilasasiamies neuvoo ja avustaa muistutukseen liittyvissä asioissa.

Muistutuksen tekeminen ei rajoita oikeuttanne kannella terveydenhuoltoa valvoville viranomaisille.

Tähdellä (*) merkityt ovat palkollisia tietoja

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 potilas itse)	*Nimi	
	*Postiosoite	
	*Postinumero ja postitoimipaikka	Puhelin
	Muistutuksen tekijän valtuutuksen luonne (sukulaisuussuhde, muu valtuutus)	

MUISTUTUKSEN KOHDE	*Toimintayksikkö (esim. osasto, poliklinikka)
	*Tapahtuma-aika
	Ketä (esim. nimi ja virka-asema) tai mitä muistutus koskee?

MUISTUTUS KOSKEE (rastita sopivin vaihtoehto)	<input type="checkbox"/> hoitoa tai tutkimusta	<input type="checkbox"/> lääkkeiden määräämistä	<input type="checkbox"/> potilasasiakirjamerkintöjä
	<input type="checkbox"/> epäasiallista kohtelua/ käytöstä	<input type="checkbox"/> todistuksia ja lausuntoja	<input type="checkbox"/> hoitoon pääsyä
	<input type="checkbox"/> tiedonsaantia	<input type="checkbox"/> salassapitosäännöksiä	<input type="checkbox"/> muuta, mitä?



TAPAHTUMAN KUVAUS (tarvittaessa erillisellä liitteellä , jolloin rasti ruutuun)

MILLAISIA TOIMENPITEITÄ HALUATTE TOIMINTAYKSIKÖLTÄ? Ehdotukset asiantilan korjaamiseksi:

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

ALLEKIRJOITUS

Potilaan tai muistutuksen tekijän allekirjoitus

Päiväys ____ / ____ ____