



MUISTUTUS

Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain 785/92 mukainen

Postitusosoite: Pöytyän kansanterveysystyön kuntayhtymä, talustoimisto, Yläneentie 1, 21870 Riihikoski Liitteet _____ kpl

1. Potilaan henkilötiedot	Sukunimi, etunimi	Henkilötunnus
	Postiosoite	
	Postinumero ja -toimipaikka	Puhelin
	Potilaan edunvalvojan (huoltaja tai holhooja) nimi, osoite ja puhelin	
2. Muistutuksen kohde	Hoitopaikka/-paikat	
	Tapahtuma-aika	
	Ketä/mitä muistutus koskee (esim. nimi ja virka-asema)	
3. Tapahtuman kuvaus (tarvittaessa erillisellä liitteellä) <input type="checkbox"/> ks. liite/ paperin kääntöpuoli		
4. Mahdollinen ratkaisuehdotus		
5. Suostumus	Suostun siihen, että terveyden- ja sairaanhoitotoimintaa harjoittavat saavat antaa ne terveydentilaani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja viranomaisen, lääkärin tai muun hoitohenkilökunnan salassapitovelvollisuudesta on säädetty <input type="checkbox"/> Suostun <input type="checkbox"/> En suostu	
6. Allekirjoitus	Päivämäärä	Muistutuksen tekijän allekirjoitus ja nimenselvennys
7. Valtuus	Valtuutan _____ hoitamaan muistusasiani.	
	Valtuutetun osoite ja puhelinnumero	
	Päivämäärä	Potilaan tai edunvalvojan allekirjoitus ja nimenselvennys