

Enskilt klagomål Karolinska

Anmälan om klagomål

Område

Hälso- och sjukvård

Sjukhusområde

Huddinge

Solna

Annat

Har du haft kontakt med ansvarig verksamhet eller patientnämnd om detta klagomål? (ja eller nej)

Ja

Nej

Om inte, varför har du inte framfört ditt klagomål till ansvarig verksamhet eller patientnämnd?

Vem är du som anmäler klagomålet?

U{ Å~ Å! Å} æ Å^!•[] Å[{ Å} { ê|! Å
@) å^|•^ Êä ^ Å |ê \ o \ æ B^|æä } Å@ Å~ Å| Å
] æä } c } K(fyll även i dina uppgifter på sida två)

Patientens uppgifter:

Förnamn:

Efternamn:

Personnummer:

Folkbokföringsadress:

Postnummer:

Ort:

Telefonnummer:

E-post vi får kontakta dig på:

Annan information vi behöver veta om kontaktvägar:



Annan anmälares uppgifter:

Förnamn:

Efternamn:

Folkbokföringsadress:

Postnummer:

Ort:

Telefonnummer:

E-post vi får kontakta dig på:

Varför anmäler du detta klagomål istället för patienten?

Vill du att ditt klagomål/dina synpunkter skall förmedlas till berörd enhet:

Ja:

Nej:



Tid och plats för händelsen som klagomålet gäller

Namn på verksamhet (mottagning/avdelning):

Startdatum:

Slutdatum:

Beskriv kortfattat händelsen du vill klaga på:

Beskriv gärna dina tankar om hur det som hänt hade kunnat förhindras:

Signatur: _____