



Ankom \_\_\_\_/\_\_\_\_20\_\_

<b>Patientens personuppgifter</b>	Namn	Personbeteckning
	Adress och postanstalt	Telefonnummer
<b>Berörd enhet</b>	<input type="checkbox"/> Företagshälsovård <input type="checkbox"/> Privatsjukvård <input type="checkbox"/> Annat, vad? _____	
<b>Anmärkningen gäller</b>	<input type="checkbox"/> Vårdtillgång eller resursbrist <input type="checkbox"/> Vård <input type="checkbox"/> Misstanke om felbehandling <input type="checkbox"/> Olycksfall <input type="checkbox"/> Missnöje med journalanteckningar <input type="checkbox"/> Personalens beteende eller annat som berör bemötandet <input type="checkbox"/> Sekretessförseelse <input type="checkbox"/> Annat, vad? _____	
<b>Detaljerad beskrivning av anmärkningen</b>		

Datum	Underskrift
	Namnförtydligande

**Blanketten returneras till:**

Medimar Scandinavia Ab  
Chefläkare  
Lövuddsvägen 4  
AX-22120 Mariehamn