

Muistutus voidaan jättää Keski-Uudenmaan sote -kuntayhtymän kirjaamoon, PL 46, 05801 Hyvinkää.

ASIAKKAAN HENKILÖ- TIEDOT	Sukunimi, etunimet (puhuttelunimi alleviivataan)	Henkilötunnus
	Osoite	
	Postinumero ja – toimipaikka	Puhelin
	Alaikäisen holhooja ja hänen osoitteensa	

MUISTUTUKSEN TEKIJÄ (jos muu kuin asiakas)	Nimi	
	Osoite	
	Postinumero ja – toimipaikka	Puhelin

MUISTUTUKSEN KOHDE	Toimintayksikkö	
	Tapahtuma-aika	
	Ketä / mitä muistutus koskee (esim. nimi ja virka-asema)	

TAPAHTUMAN KUVAUS (tarvittaessa eri liitteellä)	
	<input type="checkbox"/> ks. liite

MUISTUTUKSEN AIHE	Mistä asiasta halutaan muistuttaa ?

VAATIMUKSET	Ehdotukset asiantilan korjaamiseksi

Muistutuksen tekijän allekirjoitus	_____	_____
	Päivämäärä	(nimen selvennys)

ASIAKKAAN SUOISTUMUS	<p>Suostun siihen, että terveydenhuollon viranomainen tai muu terveystalouden järjestäjä antaa ne asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaitiolovelvollisuudesta on säädetty. Samalla suostun siihen, että muistutusasiakirjat voidaan antaa tiedoksi potilasasiamiehelle.</p> <p>_____</p> <p>asiakkaan allekirjoitus</p>
----------------------	--

MUISTUTUKSEN PERUSTEELLA ANNETTU VASTAUS (tarvittaessa eri liitteellä) Katso liite

VASTAUKSEN ANTAJA	Nimi	Virka-asema
VASTAUS PERUSTE- LUINEEN		

ASIAKIRJAT	Asiakirjat liitteineen palautetaan muistutuksen tekijälle	Palautettu pvm
------------	---	----------------