MUISTUTUS  **Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (**[**785/1992**](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785)**, 10 §)**

**HYVÄ POTILAS/LÄHEINEN,**

ollessasi tyytymätön sairaanhoitopiirimme toimintayksiköissä saamaasi hoitoon tai kohteluun, voit tehdä asiasta meille **muistutuksen** tällä **lomakkeella** tai **vapaamuotoisena kirjeenä, josta ilmenee, että kyseessä on muistutus**. Erityisestä syystä muistutus voidaan tehdä myös suullisesti, jolloin henkilö, jolle potilas/läheinen muistutuksena käsiteltäväksi haluamansa asian kertoo, kirjaa sen ylös tälle lomakkeelle.

Halutessasi voit valtuuttaa läheisesi tekemään muistutuksen puolestasi. Tällöin tulee täyttää tämän lomakkeen lopussa oleva **Valtuutus** -kohta. Tällöin toimitamme vastauksen muistutuksen käsiteltyämme sekä sinulle että valtuuttamallesi henkilölle.

Kaikki Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin sairaaloiden/yksiköiden toimintaa koskevat muistutukset lähetetään **osoitteeseen:**

|  |
| --- |
| Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri, potilashallinnollinen kirjaamoPL 50, 90029 OYS |

Vastaus muistutukseen lähetetään muistutuksen tekijälle kirjallisena. Muistutuksen johdosta annettuun vastaukseen ei voi hakea muutosta valittamalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 15§).

**Muistutusta ja siihen liittyviä asiakirjoja** (henkilökunnalta pyydetyt selvitykset ja muistutuksen tekijälle annettu vastaus) **ei liitetä potilasasiakirjoihin.**

Muistutuslomakkeella ei voi esittää korvausvaateita; niitä varten on erillinen korvaushakemuslomake. Tarvittaessa potilasasiamies neuvoo ja avustaa muistutukseen liittyvissä asioissa.

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      |
| Valtakirja liitteenä      On       Ei |
| **MUISTUTUKSEN****KOHDE**  | \*Toimintayksikkö (esim. sairaala, osasto, poliklinikka)      |
| \*Tapahtuma-aika      |
| Ketä (esim. nimi ja virka-asema) tai mitä muistutus koskee?      |
| **MUISTUTUS KOSKEE** (rastita sopivin vaihtoehto) | [ ]  hoitoa tai tutkimusta | [ ]  lääkkeiden määräämistä | [ ]  potilasasiakirjamerkintöjä  |
| [ ]  epäasiallista kohtelua/ käytöstä | [ ]  todistuksia ja lausuntoja | [ ]  hoitoon pääsyä |
| [ ]  tiedonsaantia | [ ]  salassapitosäännöksiä | [ ]  muuta, mitä?       |
| **TAPAHTUMAN TARKEMPI KUVAUS** | Kerro tähän tapahtuma, jota muistuksesi koskee      |

|  |
| --- |
| **MILLAISIA TOIMENPITEITÄ TOIVOT TOIMINTAYKSIKÖLTÄ?** Ehdotukset asiantilan korjaamiseksi:      |

|  |
| --- |
| **ASIAN AIKAISEMPI KÄSITTELY** Onko asiaa käsitelty aiemmin? Missä/kenen kanssa?      |

|  |  |
| --- | --- |
| **ALLEKIRJOITUS**  | Potilaan/ valtuutetun/ muistutuksen tekijän allekirjoitusPäiväys \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_  |
| **POTILAAN ANTAMA VALTUUTUS** | Valtuutan \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_hoitamaan tätä muistutusasiaa.Valtuutetun osoite ja puhelinnumero \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Valtuuttajan allekirjoitus ja nimenselvennys \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Muistutuksen tekemiselle ei ole aikarajaa eikä sen tekeminen rajoita oikeuttasi kannella terveydenhuoltoa valvoville viranomaisille. Saatuasi vastauksen muistutukseen, on sinulla edelleen oikeus tehdä kantelu valvoville viranomaisille, joita ovat aluehallintovirastot (AVI), Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto ([Valvira](http://www.valvira.fi/)), [eduskunnan oikeusasiamies](http://www.oikeusasiamies.fi/) ja [oikeuskansleri](http://www.okv.fi/). Kantelu em. viranomaisille tulee tehdä kahden vuoden kuluessa tapahtumasta.