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 kirjaamo PL 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 allekirjoitus  Päiväys \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_ |
| **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.