

Saapumispäivämäärä:

Henkilö, jonka hoitoa tai kohtelua muistutus koskee	Nimi ja henkilötunnus: Osoite ja puhelinnumero:
Muistutuksen aihe (tarvittaessa erillisellä liitteellä)	<input type="checkbox"/> En saanut välittömästi yhteyttä terveysasemalle hoitajaan tai lääkäriin puhelimitse tai käymällä terveysasemalla (arkipäivänä virka-aikaan). <input type="checkbox"/> En päässyt 3 arkipäivän kuluessa yhteydenotosta kiireettömän hoidon tarpeen arviointiin (oma lääkäri, sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai hammashoitaja). <input type="checkbox"/> En ole päässyt minulle välttämättömään kiirettömään hoitoon terveysasemalla, kunnan omalla poliklinikalla/sairaalassa tai hammashoitolassa 3 kuukaudessa hoidon tarpeen toteamisesta. <input type="checkbox"/> En ole päässyt erikoissairaanhoidon tarpeen arviointiin 3 viikon kuluessa lähetteen saapumisesta hoitoyksikköön. <input type="checkbox"/> En ole päässyt minulle välttämättömäksi todettuun hoitoon erikoissairaanhoidon tai erikoishammashoidon yksikössä 6 kuukaudessa tarpeen arvioinnista. <input type="checkbox"/> Minulle ei ole laadittu potilaslain edellyttämää kuntoutus- ja hoitosuunnitelmaa. <input type="checkbox"/> En ole saanut selvitystä hoidon viivästymisestä enkä siihen johtaneista syistä.
Mitä tapahtunut, missä ja milloin (tarvittaessa erillisellä liitteellä)	Aika: ____ / ____ 20 ____ kello ____ - ____ välisenä aikana Paikka: _____ (terveysasema, hammashoitola, poliklinikka, sairaala) Tapahtumien kulun kuvaus: (kuka teki mitä ja miten)
Mihin toimenpiteisiin muistutuksen tekijän mielestä kyseessä olevassa yksikössä tulisi ryhtyä	<input type="checkbox"/> Minun tulisi päästä välittömästi puhelinyhteyden tai vastaanotolle terveyskeskukseen (hoitaja tai lääkäri), jotta pääsisin ensiarvioon. <input type="checkbox"/> Minun tulisi päästä omalääkärin tai -hoitajan tutkimuksiin 3 päivän sisällä ensi arvion jo tapahduttua puhelimitse tai vastaanotolla. <input type="checkbox"/> Minun tulisi päästä perusterveydenhuollon hoitoon/hammashoittoon 3 kuukauden sisällä hoidon tarpeen toteamisesta (diagnoosin teosta) <input type="checkbox"/> Minun tulisi päästä erikoissairaanhoidon tarpeen arviointiin 3 viikossa lähetteen saapumisesta kyseiseen yksikköön. <input type="checkbox"/> Minun tulisi päästä erikoissairaanhoidon yksikön hoitoon 6 kuukaudessa hoidon tarpeen arvioinnista ja toteamisesta. <input type="checkbox"/> Minulle tulee tehdä tutkimus- ja hoitosuunnitelma aikatauluineen. <input type="checkbox"/> Pyydän lisäksi selvitystä tapahtuneesta ja siitä, miten asiani tulee korjatuksi.
Muistutuksen tekijän päiväys, allekirjoitus ja yhteystiedot	Päivämäärä Allekirjoitus ja nimen selvennys Osoite ja puhelinnumero ____/____.20 ____

Muistutus lähetetään kunnan terveyskeskuksen kirjaamoon.

RATKAISU

Muistutuksen johdosta tehdyt toimenpiteet	
Ratkaisu ja perustelut	
Allekirjoitus	Päiväys Allekirjoitus ja nimen selvennys

Sovellettava lainsäädäntö (1.3.2005 alkaen):

- Kansanterveyslaki 66/1972
- Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992
- Asiakasmaksulaki 734/1992
- Hoitotakuuasetus 1019/2004

Muistutuksen johdosta annettuun ratkaisuun ei saa hakea muutosta valittamalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 15 §).

Muistutus ei estä muiden oikaisukeinojen käyttämistä.

Tarvittaessa kantelu lääninhallitukseen tai eduskunnan oikeusasiamiehelle.