_____kommun/stad

ANMÄRKNING
Lagen om klientens ställning och rättigheter inom socialvården (812/2000)

Ankomstdatum	Mottagare

Anmärkningen skickas till den kommunens/stadens registratorskontor som ansvarar för servicen

KLIENTENS PERSONUPPGIFTER	Släktnamn, förnamn	Personbeteckning
	Gatuadress	
	Postnummer och -anstalt	Telefonnummer
	Vårdnadshavare / förmyndare och kontaktuppgifter	

ANMÄRKNINGEN GÖRS AV (om annan än klienten)	Namn	
	Gatuadress	
	Postnummer och -anstalt	Telefonnummer

ANMÄRKNINGEN GÄLLER	Enhet / tjänst
	Tidpunkt för händelsen
	Vem/vad gäller anmärkningen (t.ex. namn och titel)

ORSAK TILL ANMÄRKNINGEN	☐ Bemötande	☐ Sekretess och tystnadsplikt	☐ Beslut
	☐ Dokumentering och datasekretess	☐ Datasekretess	☐ Behandlingstid
	☐ Klientavgift	☐ Rätt till information och kontroll av uppgifter	☐ Kontakt till myndighet
	☐ Annat:		

BESKRIVNING AV HÄNDELSEN (vid behov på bilaga) ☐ se bilaga	

FÖRSLAG PÅ ÅTGÄRDER	Vilka åtgärder tycker den som framställer anmärkningen att enheten i fråga borde vidta

DATUM OCH UNDERSKRIFT	Plats och datum Underskrift och namnförtydligande

PATIENTENS SAMTYCKE	☐ Jag ger mitt samtycke till att socialvårdsmyndigheten eller en annan tillhandahållare av socialservice ger de uppgifter, som är nödvändiga för att utreda denna anmärkning utan hinder av det som föreskrivs om sekretessbelagda uppgifter och tystnadsplikt. ☐ Jag samtycker även till att anmärkningshandlingarna ges till socialombudsmannen för kännedom. Plats och datum Klientens underskrift och namnförtydligande

Man kan inte söka ändring på svaret på anmärkningen.

DOKUMENT OCH SVAR med bilagor returneras till	**Returnerats, datum**
☐klienten / den som gjort anmälan ☐klientombudsmannen	