

Patient

Patientens förnamn		Patientens efternamn		Patientens personnummer
Adress				Telefon (även riktnr)
Postnr	Postort	E-post		Mobil

Anmälare (om annan än patient)

Förnamn		Efternamn		Telefon
Adress			Postnr	Postort
Mitt släktskap/relation till patienten		E-post		

Berörd klinik

Namn på berörd verksamhet/vårdrättning	Datum eller tidsperiod för händelsen
--	--------------------------------------

Varför tar du kontakt? Vad är huvudproblemet?

Fortsättning föregående sida

Vilka frågeställningar önskar du få svar på?

Har du förslag på hur vården skulle ha gjort istället?

Underskrift

Datum	Namnsteckning
-------	---------------

**Jag ger härmed fullmakt till ombudet (anmälare) att företräda mig i mitt ärende hos
Patientnämnden Dalarna**

Datum	Patientens namnteckning
-------	-------------------------

Skickas till:

Patientnämnden Dalarna
Box 712
791 29 Falun