

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) ja

Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (812/2000)

MUISTUTUKSEN TEKIJÄ (HENKILÖ, JONKA HOITOA TAI KOHTELUA MUISTUTUS KOSKEE)

Nimi

Henkilötunnus

Osoite

Postinumero ja -toimipaikka

Puhelin

MUISTUTUSLOMAKKEEN TEKIJÄN PUOLESTA TÄYTTI

Nimi

MITÄ PALVELUSETELILLÄ TUOTETTAVAA PALVELUA MUISTUTUS KOSKEE

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Henkilökohtainen apu | <input type="checkbox"/> Kuntouttava työtoiminta | <input type="checkbox"/> Lapsiperheiden tilapäinen kotipalvelu |
| <input type="checkbox"/> Omaishoito | <input type="checkbox"/> Suun terveydenhuolto | |
| <input type="checkbox"/> Tehostettu kotiutus | <input type="checkbox"/> Tuettu asuminen | |

MUISTUTUKSEN AIHE (MITÄ TAPAHTUNUT, MILLOIN, KUKA)

(HUOM! Tulostaa vain näkyvillä olevan tekstin. Tarvittaessa lisää erilliselle liitteelle)

Palveluseteryrittäjän nimi, jota muistus koskee:

MIHIN TOIMENPITEISIIN MUISTUTUKSEN TEKIJÄ TOIVOO RYHDYTTÄVÄN

(HUOM! Tulostaa vain näkyvillä olevan tekstin. Tarvittaessa lisää erilliselle liitteelle)

Suostun siihen, että muistutusasiakirjat voidaan antaa tiedoksi sosiaali- ja potilasasiamiehelle

Omakätinen allekirjoitus

Päiväys

Nimenselvennys