

PATIENTEN

Namn: _____ Personnummer: _____

Adress: _____

Postnummer: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-post: _____

ANNAN UPPGIFTSLÄMNARE (om annan än patienten)

Namn: _____ Relation till patienten: _____

Adress: _____

Postnummer: _____ Ort: _____

Telefon: _____ E-post: _____

VILKEN ERKSAMHET GÄLLER SYNPUNKTERNA

Service Produkt Reklamation Arbetsmiljö

När inträffade händelsen (ange datum eller period): _____

Berörd yrkeskategori: _____

ANLEDNING TILL KONTAKT

Vad har hänt? Beskriv vilken/vilka händelser du har synpunkter på: _____

Har du några förslag till förbättring beträffande ovannämnda händelse? _____

Enligt dataskyddslagen behöver vi ditt samtycke till att vi behandlar dina personuppgifter och i tvingande fall skicka det vidare till patientnämnden. Givetvis behandlar vi ditt ärende med sekretess och lämnar bara ut information ifall det är nödvändigt för ärendet.

Jag samtycker till att Fot & Sko Specialisten by SOL behandlar de uppgifter jag har lämnat i min anmälan

Underskrift: _____

Namnförtydligande: _____

Datum: _____