

# Klagomål och synpunkter till patientnämnden

Klagomål och synpunkter på hälso- och sjukvård och tandvård som bedrivs av regionen eller enligt avtal med regionen samt kommunal hälso- och sjukvård enligt avtal.

## 1. Patient

Namn		Personnummer
Postadress		
Postnummer	Ort	
Telefonnummer, mobiltelefonnummer	E-post	

## 2. Annan uppgiftslämnare (fullmakt kan behövas<sup>1</sup>)

Namn		Relation till patienten
Postadress		
Postnummer	Ort	
Telefonnummer, mobiltelefonnummer	E-post	

<sup>1</sup> Om patienten är myndig ska fullmakt bifogas för att patientnämndens handläggare ska kunna hantera ärendet. Särskild blankett för fullmakt finns på [regionvarmland.se/patientnamnden](http://regionvarmland.se/patientnamnden). Blanketten kan också beställas på telefon 010-831 42 15.

## Berörd verksamhet

Vilken/vilka vårdinrättningar gäller det	Ort
Vilket datum eller vilken period inträffade den eller de händelser som du har klagomål och synpunkter på	

## Samtycke

Jag samtycker till att personuppgifter och klagomål och synpunkter lämnas till verksamhet med begäran om svar.

- Ja  
 Nej

.....  
Ort, datum och namnunderskrift

Blanketten skickas till:

Patientnämnden  
Regionens hus  
651 82 Karlstad

(Skicka **inte** med journalkopior)

## Personuppgifter

För att patientnämnden ska kunna handlägga ditt ärende behöver patientnämndens handläggare registrera och lagra dina personuppgifter i en databas enligt dataskyddsförordningen (GDPR). Databasen är helt fristående från hälso- och sjukvårdens journaler och datasystem. Vill du veta mera om hur vi hanterar dina personuppgifter och dina rättigheter besök [regionvarmland.se/personuppgifter](http://regionvarmland.se/personuppgifter).

### 3. Beskriv de klagomål och synpunkter du har

Beskriv kortfattat den händelse du har klagomål och synpunkter på.

### 4. Vilka frågor vill du ha svar på?

### 5. Har du förslag till förbättringar med anledning av de klagomål och synpunkter du har?