

**Potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/17.8.1992) 10 §:n mukainen**

**MUISTUTUS**

|  |  |
|--|--|
| Potilaan nimi  |  |
| Sosiaaliturvatunnus  |  |
| Osoite   |  |
| Puhelin  |  |
| Muistutuksen tekijä<br>(muu kuin potilas)<br>- osoite ja puhelin |  |

**Muistutuksen kohde**

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| Terveystieteiden<br>toimipiste   |  |
| Hoidon ajankohta                 |  |
| Ketä / keitä<br>muistutus koskee |  |
| <b>Muistutuksen aihe</b>         |  |
| <b>Tapahtuman kuvaus</b>         |  |
| <b>Potilaan vaatimus</b>         |  |

Päiväys \_\_\_\_/\_\_\_\_ 20\_\_

Muistutuksen tekijän allekirjoitus \_\_\_\_\_

Muistutuksen voi toimittaa vastaava lääkäri tai potilasasiamiehelle, Siltakylän palvelukeskus, Huutjärventie 14, 49220 SILTAKYLÄ