



MUISTUTUS

HOITOON TAI KOHTELUUN LIITTYVÄ MUISTUTUS

Henkilö, jonka hoitoa tai kohtelua muistutus koskee	Nimi ja henkilötunnus
Muistutuksen aihe	
Mitä tapahtunut, missä ja milloin?	
Mihin toimenpiteisiin muistutuksen tekijän mielestä pitäisi ryhtyä?	
Päiväys ja muistutuksen tekijän allekirjoitus	

Osoite
 Vanhan Vaasan sairaala
 Vierinkiventie 1
 65380 VAASA

Puhelinnumero
 029 524 3000

Faksi
 (06) 356 7047

Sähköposti
 etunimi.sukunimi@vvs.fi

VASTAUS MUISTUTUKSEEN

Henkilökunnnan havainnot	
Muistutuksen johdosta tehdyt toimenpiteet	
Ratkaisu ja perustelut	
Päiväys ja allekirjoitus	

Lomake osoitetaan Vanhan Vaasan sairaalan johtavalle lääkärille.

Osoite

Vanhan Vaasan sairaala
Vierinkiventie 1
65380 VAASA

Puhelinnumero

029 524 3000

Faksi

(06) 356 7047

Sähköposti

etunimi.sukunimi@vvs.fi