



Kangasniemen kunta/  
Perusturvapalvelut  
Sairaalantie 13  
51200 KANGASNIEMI  
puh. 015 78011/vaihde

## MUISTUTUS

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 10

Vastaanotettu, pvm

Vastaanottaja

Muistutus toimitetaan toimintayksikön  
esimiehelle tai tehtäväalueen päällikölle.

|                                    |  |               |
|------------------------------------|--|---------------|
| <b>ASIAKKAAN<br/>HENKILÖTIEDOT</b> | Sukunimi, etunimet (puhuttelunimet alleviivataan)    | Henkilötunnus |
|                                    | Osoite   |               |
|                                    | Postinumero ja -toimipaikka                          | Puhelin       |
|                                    | Alaikäisen huoltaja/edunvalvoja ja hänen osoitteensa |               |

|  |                             |         |
|--|-----------------------------|---------|
| <b>MUISTUTUKSEN<br/>TEKIJÄ</b> (jos muu<br>kuin asiakas) | Nimi                        |         |
|  | Osoite                      |         |
|  | Postinumero ja -toimipaikka | Puhelin |

|                               |  |  |
|-------------------------------|--|--|
| <b>MUISTUTUKSEN<br/>KOHDE</b> | Toimintayksikkö  |  |
|                               | Tapahtuma-aika   |  |
|                               | Ketä/mitä muistutus koskee (esim. nimi ja virka-asema/työnimike) |  |

|  |  |
|--|--|
| <b>TAPAHTUMAN<br/>Kuvaus</b><br>(tarvittaessa eri<br>liitteellä) |  |
| <input type="checkbox"/> kts. liite                              |  |

|                              |                                    |
|------------------------------|------------------------------------|
| <b>MUISTUTUKSEN<br/>AIHE</b> | Mistä asiasta halutaan muistuttaa? |
|------------------------------|------------------------------------|

|                                      |   |
|--------------------------------------|---|
| <b>VAATIMUKSET<br/>ASIAN SUHTEEN</b> | Ehdotukset asiointitilan korjaamiseksi. |
|--------------------------------------|---|

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| <b>PÄIVÄYS JA<br/>ALLEKIRJOITUS</b> | _____ |
|-------------------------------------|-------|

|   |  |
|---|--|
| <b>ASIAKKAAN<br/>SUOSTUMUS JA<br/>PÄIVÄYS</b> | Suostun siihen, että terveydenhuollon viranomainen tai muu terveystalouden järjestäjä sekä sosiaalihuollon viranomaiset saavat antaa ne asiakkuuttani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä asiakirjasalaisuudesta ja vaitiolovelvollisuudesta on säädetty. Samalla suostun siihen, että muistutusasiakirjat ja vastaus voidaan antaa tiedoksi potilasasiamiehelle.<br><br>Päiväys _____ Asiakkaan allekirjoitus _____ |
|---|--|

**MUISTUTUKSEN PERUSTEELLA ANNETTU VASTAUS** (tarvittaessa eri liitteellä)  kts. liite

|  |            |                   |
|--|------------|-------------------|
| <b>VASTAUKSEN<br/>ANTAJA</b>   | Nimi _____ | Virka-asema _____ |
| <b>VASTAUS<br/>PERUSTELUINEEN<br/>SEKÄ<br/>MUISTUTUKSEN<br/>JOHDOSTA<br/>TEHDYT<br/>TOIMENPITEET</b> | _____      |                   |

|                                     |       |
|-------------------------------------|-------|
| <b>PÄIVÄYS JA<br/>ALLEKIRJOITUS</b> | _____ |
|-------------------------------------|-------|

**Muistutuksen johdosta annettuun vastaukseen ei saa hakea muutosta valittamalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 15 §).**

|   |                            |
|---|----------------------------|
| <b>ASIAKIRJAT JA VASTAUS liitteineen palautettu</b><br><input type="checkbox"/> asiakkaalle/muistutuksen tekijälle <input type="checkbox"/> potilasasiamiehelle | <b>Päivämäärä</b><br>_____ |
|---|----------------------------|