

Blankett för att lämna synpunkter och klagomål på hälso- och sjukvård inom vård- och omsorgsförvaltningen i Katrineholms kommun

Mina synpunkter/klagomål riktar sig mot

Verksamhet/enhet
När ungefär inträffade händelsen

Patient (den person som klagomålet gäller)

Förnamn	Efternamn	Personnummer (obligatoriskt)
Adress	Postadress	
Telefon bostad (även riktnummer)	Telefon arbete (även riktnummer)	
Mobil	Epost	

Anmälare (om annan än patienten)

Förnamn	Efternamn		
Adress	Postadress		
Telefon (även riktnummer)	Epost	Mobil	
Mitt släktskap/Min relation till patienten			

Handlingar som kommer in till Katrineholms kommun och vård- och omsorgsförvaltningen måste diarieföras. Inkomna synpunkter/klagomål kommer att skickas till den verksamhetschef/chefer som synpunkterna gäller.

Du kommer att få ett svar inom cirka 4 veckor. Sekretess gäller inom vård- och omsorgsförvaltningen. Vård- och omsorgsförvaltningen behandlar personuppgifterna du lämnat på denna blankett i enlighet med Dataskyddsförordningen (GDPR). Du kan läsa mer på katrineholm.se/personuppgifter.

Jag, eller den person som klagomålet gäller, samtycker till att vård- och omsorgsförvaltningen behandlar de uppgifter som lämnats på denna blankett och eventuella bilagor.

Underskrift och datum

Datum	Egenhändig namnteckning patient, eventuell anmälare	Namnförtydligande
-------	---	-------------------

Fortsättning på nästa sida för att beskriva dina synpunkter/klagomål

Vård- och omsorgsförvaltningen

2 (2)

Mina synpunkter/klagomål

Beskriv händelsen

Frågor du vill ha svar på

Eventuella bilagor som bifogas**Skicka dina synpunkter/klagomål till:**Katrineholms kommun
Vård- och omsorgsförvaltningen
641 80 KATRINEHOLM**Fylls i vård- och omsorgsförvaltningen**

Diarienummer

Handläggare