

Sosiaali-, terveys- ja pelastustoimi
Social-, hälsovårds- och räddningssektorn

Saapumispäivämäärä – Ankomstdatum

**Henkilö, jonka hoitoa tai kohtelua muistutus koskee –
Den person anmärkningen om vården eller bemötandet gäller**

Nimi ja henkilötunnus - Namn och personbeteckning

Osoite ja puhelinnumero - Adress och telefonnummer

**Muistutuksen aihe (tarvittaessa erillisellä liitteellä) –
Orsaken till anmärkningen (använd vid behov särskild bilaga)**

**Mitä tapahtunut, missä ja milloin (tarvittaessa erillisellä liitteellä) –
Vad har hänt, var och när (använd vid behov särskild bilaga)**

**Millaisia toimenpiteitä toivot yksiköltä? –
Vilka åtgärder önskar du av enheten?**

**Muistutuksen tekijän allekirjoitus ja yhteystiedot –
Underskrift och kontaktuppgifter av den som framställer anmärkningen**

Pvm. - Datum	Allekirjoitus ja nimenselvennys - Underskrift och namnförtydligande	Osoite ja puhelinnumero - Adress och telefonnummer
--------------	--	---

Muistutus lähetetään osoitteeseen:

Helsingin kaupungin kirjaamo/Sosiaali-, terveys- ja pelastustoimi,
PL 10, 00099 HELSINGIN KAUPUNKI

Muistutuksen johdosta annettuun ratkaisuun ei saa hakea
muutosta valittamalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 15
§, Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 23 §).
Muistutus ei estä muiden oikaisukeinojen käyttämistä.

Anmärkningen sänds till:

Helsingfors stads registratorskontor/ Social-, hälsovårds- och
räddningssektorn, PB 10, 00099 HELSINGFORS STAD

Ändring kan inte sökas genom besvär i ett avgörande som gjorts p.g.a.
en anmärkning (15 § i lagen om patientens ställning och rättigheter
och 23 § i lagen om klientens ställning och rättigheter inom
socialvården). En anmärkning hindrar inte att andra former av
ändringssökande används.