

Ifylld blankett skickas till:
"Din rätt som patient"
Unilabs AB
Anderstorpsvägen 10
171 54 Solna

Synpunkter eller klagomål rörande vår service eller vårt bemötande

Patient

För- och efternamn		Personnummer	
Adress	Postnummer	Ort	
Telefonnummer		Mobiltelefonnummer	

Uppgiftslämnare (om annan än patienten)*

För- och efternamn		Relation till patienten	
Adress	Postnummer	Ort	
Telefonnummer		Mobiltelefonnummer	

*För att till exempel kunna ta del av handlingar eller föra din närståendes talan behöver du en fullmakt

Ovanstående uppgifter kommer att lagras i en databas. Uppgifterna är sekretessbelagda. Personuppgifter behandlas enligt personuppgiftslagen.

Skicka aldrig känsliga uppgifter så som personnummer, detaljerade uppgifter om din hälsa etc. med e-post till oss.

Berörd verksamhet

Namn på vårdinrättningen/vårdinrättningar du har synpunkter på
Ort
När inträffade händelsen/händelser du har synpunkter på?

Vad har hänt? Beskriv kortfattat vad du har synpunkter på.

Vilka frågor vill du ha svar på?

Hur tror du att det inträffade hade kunnat undvikas?

Hur önskar du återkoppling efter utredning?

Ingen återkoppling

Återkoppling via telefon

Återkoppling via brev