

Potilaan henkilötiedot	Sukunimi, etunimet	Henkilötunnus
	Osoite	
	Postinumero ja toimipaikka	Puhelin

Muistutuksen kohde	Hoitopaikka
	Hoidon ajankohta
	Ketä/mitä muistutus koskee

Tapahtuman kuvaus ja muistutuksen aihe (tarvittaessa eri liitteellä)	
--	--

Ehdotukset asiantilan korjaamiseksi	
--	--

Muistutuksen tekijä	Päiväys, allekirjoitus ja nimen selvennys
----------------------------	---

Potilaan suostumus	<i>Suostun siihen, että terveyden- tai sairaanhoitotoimintaa harjoittavat saavat antaa ne terveydentilaani koskevat tiedot, jotka ovat tarpeen tämän muistutuksen selvittämistä varten sen estämättä, mitä terveydenhuoltohenkilökunnan salassapitovelvollisuudesta on säädetty. Samalla suostun, että muistutusasiakirjat voidaan antaa tiedoksi potilasasi miehelle.</i> Potilaan allekirjoitus
---------------------------	--

Täytetty lomake lähetetään allekirjoitettuna osoitteella:

Seinäjoen Työterveys Oy / Hallinto, Ala-Kuljun katu 1 B, 60100 Seinäjoki

MUISTUTUKSEN PERUSTEELLA TEHTY RATKAISU (tarvittaessa eri liitteellä)

<p>Muistutuksen perusteella annettu vastaus (tarvittaessa eri liitteellä)</p>	
<p>Ratkaisu</p>	

Johtavan ylilääkärin päätös

_____ / _____ 20 _____

Tarja Välimäki, johtava ylilääkäri

Muistutuksen johdosta annettuun ratkaisuun ei saa hakea muutosta valittamalla (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 15 §)